Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

53350

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ETC.;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME TREIZIÈME.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1833.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

PUBLIÉ PAR MM.

ARMAND TROUSSEAU, JACQUES LEBAUDY, HENRI GOURAUD.

SEPTEMBRE, 1833.

Mémoire sur un cas de trachéotomie pratiqué avec succès dans la période extrême du croup.

Gustave Marcillet, âgé de six ans et demi, se sentit indisposé depuis le 16 jusqu'au 21 novembre 1831 : le 21 au matin il fut pris de fièvre, et se plaignit en même temps de douleur à la gorge. Toux spasmodique, enrouement.

Le 22, fièvre très-forte, voix naturelle, toux fréquente, spasmodique, douleurs épigastriques pendant les secousses de toux.

Dans la nuit du 22 au 23, toux fréquente, rauque, accompagnée de suffocation.

M. le docteur Rue, médecin de la famille, est appelé le 23 auprès de l'enfant, et il recueille les commémoratifs que je viens d'indiquer.

Le 23, à midi, fièvre peu vive, pas de céphalalgie, voix naturelle, respiration très-gênée, surtout dans les mouvemens inspirateurs. —Pédiluve sinapisé, sangsues s'il survient des accès de suffocation.

Jusqu'à quatre heures, l'oppression augmente, et, à ce moment, la suffocation devient telle que l'enfant s'agite avec violence, s'arrache des bras de ses parens, et monte sur les meubles, cherchant l'air qui lui manquait, et comme transporté de fureur. Cependant cet accès se calme un peu, et bientôt arrive M. le docteur Soulas, appelé en même temps que moi, en l'absence de M. le docteur Rue. Il prescrit une potion avec tartre stibié quatre grains, trente sangsues au siége, et un vésicatoire à chaque cuisse.

Les sangsues étaient à peine tombées que nous arrivons, M. Rue et moi.

L'enfant était assis sur un vase rempli d'eau chaude : le tronc droit, le cou renversé en arrière, les yeux saillans et indiquant la terreur, les narines largement ouvertes, la bouche béante. Il contractait avec violence tous les muscles inspirateurs. La respiration, prodigieusement accélérée, faisait entendre un sifflement sec. La peau était chaude et ruisselait de sueur; le pouls, d'une fréquence extrême, pouvait à peine être senti. — La toux, fréquente et rauque le matin et dans le courant de la journée, était éteinte maintenant, et quand il survenait une contraction convulsive du diaphragme, l'air, en passant dans le larynx, semblait traverser un tube métallique. — Voix éteinte.

Les antécédens que M. le docteur Rue me fit connaître, les symptômes que nous observions, ne me laissaient aucun doute sur la nature de la maladie : il était évident que l'enfant avait le croup; il n'était pas moins évident que la mort était imminente.

Les parens comprenaient toute la gravité de la maladie, et ils avaient déjà perdu toute espérance. Je n'entrepris pas de leur donner des consolations : ils ne croyaient pas que la vie pût se prolonger encore plus de deux heures. En effet, en notre présence, et dans l'espace d'une heure, l'enfant éprouva des accès de suffocation qui duraient de plus en plus et qui se rapprochaient les uns des autres, en augmentant d'intensité. Pendant les accès, la face devenait livide, les veines du col se gonflaient considérablement, et le visage conservait même une teinte asphyxique, lorsque le calme revenait un peu. Déjà les extrémités se refroidissaient; et, à la rage qui animait ce pauvre enfant quelques heures auparavant, avait succédé un abattement effrayant.

Cependant j'avais arrêté le sang qui s'écoulait abondamment des piqûres des sangsues, j'avais supprimé la potion, et j'attendais M. le docteur Soulas, qu'on avait envoyé chercher. Il arriva à neuf heures du soir; il trouva l'enfant beaucoup plus malade, et il lui parut aussi que la mort ne se ferait pas long-temps attendre. Toute médication, usitée en pareil cas, devenant superflue, je proposai la trachéotomie. Mes deux confrères se rangèrent à cette idée, plutôt en désespoir de cause que dans l'espérance de voir réussir une opération tentée dans des circonstances aussi défavorables.

J'avais sur moi les instrumens nécessaires, et pendant les préparatifs que nous faisions à la hâte, les accidens augmentèrent à tel point que les parens, pour ne pas être témoins du dernier soupir de leur fils, abandonnèrent la maison, laissant à un de leurs amis le triste soin de lui rendre les derniers devoirs.

L'enfant, presque expirant, se laissa enlever de son lit sans effroi, sans résistance. Nous le plaçâmes sur une table à manger recouverte d'un matelas et d'un drap. Nous avions un oreiller roulé de manière à faire saillir le larynx. Je suivis, à peu de chose près, le procédé opératoire indiqué par M. Bretonneau (Traité de la diphthérite, p. 308). Je traçai

d'abord sur le col une ligne avec une allumette charbonnée, afin que mon bistouri ne s'égarât pas. Cette ligne s'étendit depuis l'échancrure du cartilage thyroïde, jusques au-delà de l'échancrure supérieure du sternum. J'eus grand soin de la diriger un peu vers la gauche, afin d'éviter le tronc innominé qui recouvre à droite la partie inférieure de la trachée. Cela fait, je fis à la peau un large pli perpendiculaire à l'axe du corps, et, d'un seul coup, je coupai profondément la peau de dehors en dedans. J'eus alors une plaie longue de plus de deux pouces, et largement béante. Il ne s'écoula pas de sang, l'enfant témoigna quelque douleur et porta la main à son cou. Nous le contînmes avec plus de soin, et l'opération fut continuée.

Dans les mouvemens d'inspiration, l'espace compris entre les muscles sterno-thyroïdiens, se dessinait fortement. J'y enfonçai perpendiculairement les doigts indicateur et médius de la main gauche, en repoussant à droite les muscles et les vaisseaux en contact avec la pulpe de ces doigts, et j'incisai sans crainte le long de mes ongles avec un bistouri convexe et à lame très-courte. Je coupai une grande quantité de veines thyroïdiennes qui me donnaient beaucoup de sang, et j'ordonnai à un aide de tenir toujours une petite éponge fortement appuyée dans l'angle inférieur de la plaie, pour éviter l'introduction de l'air dans les veines pendant les mouvemens d'inspiration. Quand j'eus pénétré assez profondément, et que je ne fus plus qu'à une ligne à peu près de la trachée, il me fut assez difficile de manœuvrer. Je n'osais presser avec les doigts, de la main gauche, parce que je comprimais le canal aérien, et, d'un autre côté, je ne pouvais me hasarder à faire jouer le tranchant d'un bistouri, au voisinage de vaisseaux dont la lésion deviendrait promptement mortelle. Je pris alors le parti d'étancher autant que possible le sang qui m'empêchait de voir la trachée, puis, appuyant légèrement l'indicateur sur le tronc innominé que je sentais battre sous mon doigt, je donnais quelques coups de bistouri chaque fois qu'une grande expiration ramenait au dehors la trachée qui s'enfonçait profondément au moment où l'enfant s'efforçait de faire pénétrer l'air dans sa poitrine. De cette façon, je parvins à mettre à nu un ou deux cerceaux de la trachée vers la partie inférieure. Je jugeais que la trachée était à nu par le toucher seulement; car n'ayant épargné aucun des vaisseaux du plexus-thyroïdien que je trouvais sous la lame de mon couteau, j'étais toujours embarrassé par une grande quantité de sang. (Voyez la planche de ce numéro.)

Ce nonobstant, je pris un autre bistouri droit et pointu, et, tenant le tranchant en haut comme une lancette, je fis une ponction à la partie inférieure de la trachée. L'air aussitôt s'échappa et fit bouillonner le sang qui remplissait le fond de la plaie. Saisissant alors un bistouri boutonné, je l'enfonçai par l'ouverture que je venais de faire, et je coupai de bas en haut, jusqu'à ce que je fusse arrêté par la résistance du cartilage cricoïde. Ce temps de l'opération fut achevé en moins de cinq secondes. Le sang s'engouffra sur-le-champ dans la trachée, et en fut rejeté avec violence par le mouvement d'expiration. A l'instant même, l'enfant fut placé sur son séant, le cou tendu et penchée un peu en avant. Avec une aigrine mousse je tins ouverte la plaie de la trachée.

L'hémorragie s'arrêta immédiatement (1), la respiration cessa aussitôt d'être difficile et bruyante; mais elle devint beaucoup plus rapide : il semblait que l'enfant fût essoufflé. Deux minutes s'étaient à peine écoulées, que le malade recouvra complètement ses sens et témoigna de l'étonnement et de la frayeur, en se voyant couvert de sang et entouré d'étrangers dont les mains et le visage étaient également ensanglantés : du reste, il fit signe qu'il se trouvait mieux.

Cependant des quintes de toux se reproduisaient presque à chaque instant, pendant lesquelles l'enfant rendait du mucus teint de sang, quelques concrétions de fibrine et des débris de fausses membranes. Quand la toux fut apaisée, j'essayai, mais inutilement, d'introduire dans la trachée une canule en forme de tige de botte que M. Bretonneau m'avait envoyée et qui avait été faite pour un adulte.

L'extrême impatience de l'enfant qui redevenait irritable, les douleurs qu'on lui causait, et la difficulté inattendue que je trouvais à employer une canule dont l'application ne m'était pas familière et qui d'ailleurs était trop volumineuse, me déterminèrent à attendre. Je replaçai l'enfant dans son lit, et je recommandai à M. le docteur Rue, qui resta auprès de lui, de tenir le plus possible les lèvres de la plaie écartées. — Je rentrai chez moi pour fabriquer à la hâte une canule de plomb; mais je retrouvai heureusement celle qui m'avait servi dans deux précédentes opérations, et je revins immédiatement pour la placer. Quelques précautions que l'on eût prises, l'ouverture artificielle était presque complètement oblitérée par les mucosités. J'enlevai le mucus et les fausses membranes qui fermaient la plaie, et j'introduisis sans peine ma canule, que je fixai comme à l'ordinaire. A l'instant où elle pénétra dans la trachée, il survint une toux convulsive qui amena l'expectoration de débris de fausses membranes et de mucosités blanches et très-visqueuses. Dès que cette quinte fut terminée, j'instillai dans la trachée quinze ou vingt gouttes de solution saturée d'alun. La toux recommença avec autant de violence, et des lambeaux de membranes furent rejetés en grande quantité par la canule. Ce fut alors que j'instillai dans la trachée vingt gouttes d'une solution d'un demi-gros de nitrate d'argent dans un gros d'eau distillée. Cette troisième instillation provoqua encore de la toux; mais avec moins de violence que je ne l'aurais cru d'après ce que je venais de voir. Il sortit encore une assez grande quantité de fragmens de fausses membranes. Après ces fatigantes manœuvres, la toux cessa tout-à-fait, la respiration devint presque aussi calme que dans l'état de santé, et l'enfant s'endormit paisiblement.

Pendant la nuit qui fut assez calme, la tante de l'enfant resta continuellement auprès de lui, et se conforma ponctuellement aux instructions que je lui avais laissées. De cinq en cinq minutes, elle passait dans la canule un petit écouvillon avec un petit morceau d'éponge fixé solidement à l'extrémité d'une tige de baleine fort mince. De cette manière, elle entraînait les mucosités qui pouvaient obstruer le passage de l'air. Toutes les heures, elle remplissait d'eau de guimauve un tuyau de plume tout entier, et instillait ce liquide dans la trachée. C'était

(1) Je ne saurais trop insister sur ce fait, savoir, que l'hémorragie veineuse, quelque abondante qu'elle soit, s'arrête immédiatement dès que la trachée est ouverte et dès que l'air pénètre facilement dans les poumons. — Il est donc inutile de s'attacher à lier les veines.

à ce moment surtout que la toux entraînait dans la canule des débris de concrétions pelliculaires et de mucus presque plastique ; et alors elle guettait en quelque sorte l'instant où ces produits morbides se présentaient à l'extrémité de la canule, pour les saisir avec une pince à pansement ou pour les entraîner avec son écouvillon.

Le 24 au matin, huit heures après l'opération. — L'expression du visage est très-bonne; peau chaude, halitueuse; pouls fréquent et développé. Trente-deux inspirations. Résonnance parfaite dans toute l'étendue de la poitrine; râle ronflant dans toutes les bronches; pas de râle crépitant.

Nouvelle instillation de solution de nitrate d'argent : continuation des instillations d'eau de guimauve d'heure en heure. Guimauve édulcorée pour boisson.

Dans la journée du 24 et du 25, on instilla, à six reprises, vingt gouttes d'une solution d'un demi-gros de nitrate d'argent dans deux gros d'eau, et, d'heure en heure, on instilla de l'eau de guimauve. Toutes les fois que l'on renouvelait cette opération, il survenait une quinte de toux pendant laquelle des débris de fausses membranes sortaient avec du mucus.

Quand, malgré les instillations, la respiration s'embarrassait davantage, ce que je pouvais facilement reconnaître aux efforts que faisait l'enfant pour aspirer l'air, et au sifflement plus fort de la canule, j'enlevais le conduit métallique, et je laissais la plaie béante. Toujours je trouvais la canule tapissée de mucus concrété, et ces incrustations se trouvaient surtout vers l'extrémité qui pénétrait dans la trachée ; et cependant il ne se passait pas dix minutes sans que l'on n'introduisit un écouvillon dans la canule. Le 24, à deux heures après midi, je fus obligé d'enlever et de nettoyer la canule; il en fut de même le soir, à minuit ; le 25 à sept heures du soir, je répétai la même opération. Sitôt que la canule était replacée, la respiration devenait calme et presque insonore. Mais, les deux premiers jours, nous éprouvâmes beaucoup de difficulté pour la remettre en place. La plaie était devenu douloureuse et l'impatience de l'enfant était extrême : et comme l'ouverture de la tranchée s'était en quelque sorte moulée sur le diamètre de la canule, elle se retrécissait en quelques instans lorsqu'on enlevait le tube : il fallait alors se servir de deux airignes-mousses qui écartassent les lèvres de la plaie.

Cependant, le 25 dans la journée, c'est-à-dire environ quarante heures après l'opération, il était survenu beaucoup de gonflement et de rougeur au voisinage de la plaie La fièvre s'était allumée. Le soir, je m'aperçus que les mucosités qui s'échappaient de la canule étaient plus viqueuses et plus transparentes qu'elles ne l'avaient été jusqu'ici : en même temps elles avaient une teinte légèrement rouillée. Je craignis d'avoir trop souvent réitéré l'application du nitrate d'argent et d'avoir déterminé une péripneumonie. J'auscultai avec soin toutes les parties de la poitrine : partout j'entendis du râle muqueux et ronflant, nulle part je ne découvris de râle crépitant. Je pensai alors que la membrane muqueuse de la trachée et des premières bronches avait seule fourni l'exhalation anormale qui avait excité mon inquiétude, et, craignant pourtant que l'inflammation ne se communiquât au tissu pulmonaire, je ne fis pas, le 25, une troisième instillation de nitrate d'argent.

26 à huit heures du matin, soixante heures après l'opération. — L'enfant a dormi d'un sommeil paisible pendant plusieurs heures. On a continué les instillations d'eau de guimauve. Chaque fois qu'on les faisait, il expectorait des mucosités jaunes, spumeuses, un peu rouillées, contenant des débris de fausses membranes roulées et d'un blanc de lait. A quatre heures du matin, la mère voyant la respiration embarrassée, avait pris sur elle d'instiller dans la trachée du nitrate d'argent, ce qui amena une abondante expectoration suivie d'un grand calme.

Respiration facile (trente-six mouvemens par minutes), pouls régulier, (cent quarante). Peau halitueuse, sans chaleur trop grande, langue naturelle, constipation, soif moins ardente que la veille. Vive inflammation du pourtour de la plaie — Instillation de vingt gouttes de solution de nitrate d'argent. — Expectoration de quelques petits fragmens de fausses membranes.

Je nettoie et replace la canule. Rien de nouveau dans le courant de la journée. La fièvre se rallume un peu vers dix heures du matin, et tombe après midi. Le petit malade se tient assis dans son lit une partie du jour; il se fait lire des contes par son père, et s'amuse beaucoup de ce qu'ils contiennent de plaisant. Il mange deux oranges, prend quatre bouillons avec plaisir et boit beaucoup moins que le jour précédent.

Du moment que la canule avait été introduite dans la trachée, l'air avait totalement cessé de passer par le larynx. Cependant lorsque l'on injectait de la solution caustique dans les bronches, il survenait ordinairement quelques secousses de toux extrêmement violentes, et on entendait un peu d'air et de liquide traverser la glotte pour arriver dans l'arrière-bouche. Aujourd'hui, on entend les bruissemens du larynx même pendant les efforts de toux les plus légers. La fréquence de la toux a d'ailleurs beaucoup diminué.

J'avoue que je commençais à concevoir quelque espérance : le larynx se débarrassait évidemment, et depuis le matin, le mucus qui avait été expectoré ne contenait pas le plus mince débris de concrétions pseudo-membraneuses.

Je dus donc ne plus employer le nitrate d'argent, et je me bornai à l'instillation de liqueurs émollientes. J'ordonnai deux lavemens, et je fis boire de l'eau de laitue.

27 décembre, quatrième jour après l'opération. — La nuit a été bonne. Les symptômes sont les mêmes que la veille. Les crachats sont moins rouillés qu'ils ne l'étaient hier; quelques-uns offrent de légères stries de sang. La respiration est facile. Le bruit respiratoire s'entend en avant et à gauche aussi purement que chez l'individu le plus sain ; partout ailleurs on entend du râle muqueux. Du reste la résonnance de la poitrine est tout-à-fait normale. Dans la journée, l'enfant a parlé plusieurs fois à voix basse, et même il a proféré quelques sons. Une éruption scarlatiniforme a apparu sur les diverses régions du corps; cependant la fièvre a été fort modérée, l'appétit s'est prononcé, et il n'y a presque pas eu de toux.

On enlève et on nettoie deux fois la canule : eau de laitue pour boisson ; un lavement émollient. — Instillation d'eau de guimauve, seulement quand la respiration s'embarrassera. Pour régime, deux potages, deux bouillons, deux oranges.

28 décembre, cinquième jour après l'opération. — L'inflammation de la plaie se modère, la fièvre devient moins vive. — J'accorde une semouille légère. — L'air aujourd'hui passe plus facilement par

le larynx ; et dans les efforts de toux, en entend très-distinctement un bruit laryngé. — On a fait dans la trachée six instillations d'eau de guimauve que l'enfant lui-même a demandées.

Sixième jour de l'opération. — La nuit a été passable; l'enfant n'a toussé que cinq ou six fois; il n'expectore plus quoique la canule soit presque complètement oblitérée par du mucus desséché; cependant la respiration n'est point embarrassée, ce qui prouve que l'air passe aisément par le larynx. L'enfant dans un moment d'impatience a prononcé distinctement le mot *maman*, et a ri deux ou trois fois avec de bruyans éclats. Je nettoie la canule, je la réintroduis en la fermant aux deux tiers avec un bouchon de liége échancré suivant sa longueur. Alors le petit malade put aisément éteindre une bougie en la soufflant avec la bouche. — Cependant, dans le courant de la journée, des mucosités ayant achevé d'oblitérer la canule, l'enfant put causer distinctement avec son père.

On cesse tout traitement, l'enfant mange trois soupes et de la compote.

Septième jour de l'opération. — Aujourd'hui je bouche la canule aux quatre cinquièmes. — L'état général est tout-à-fait satisfaisant, la voix est de plus en plus nette et distincte.

Huitième jour. — Etat stationnaire.

Neuvième jour. — On ferme complètement la canule, pendant quelques instans l'enfant ne s'en aperçoit pas, tant est grande la facilité avec laquelle l'air passe par le larynx. — Il mange avec appétit.

Dixième jour. — Cependant, à mesure que le gonflement de la plaie diminuait, nous raccourcissons la canule qui s'appuyait douloureusement contre la paroi postérieure de la trachée. — L'enfant supporte un peu plus long-temps que la veille et que la surveille, la complète occlusion de la canule, et alors il parle avec autant de netteté que s'il n'avait pas subi d'opération.

Onzième jour. — Aujourd'hui la canule est bouchée pendant six heures sans qu'il survienne d'oppression.

Pour terminer : l'enfant le douzième jour de l'opération, put respirer exclusivement par le larynx. — J'enlève alors la canule, je place sur la plaie un morceau de linge enduit de cérat, et par-dessus je mets un tampon de charpie; le tout est maintenu avec une cravate médiocrement serrée.

Trois jours suffirent pour la complète oblitération de la plaie de la trachée; la cicatrisation de la plaie du col se fit attendre encore pendant deux semaines.

Aujourd'hui 1er septembre 1833. — Cet enfant jouit de la plus belle santé. Sa poitrine est dans le meilleur état. Il porte au col une cicatrice un peu difforme, assez semblable à celle qui suivrait une brûlure.

Plusieurs de mes confrères ont suivi le traitement de ce jeune malade; je prendrai la liberté de citer ici les noms de MM. Récamier, Dubled, Miquel, Henry, Blanc, etc.

A. Trousseau,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

(*La suite au numéro prochain*)

DE LA CHARPIE ET DU COTON.

Au nombre des inconvéniens bien connus attachés à la charpie, il convient de ranger d'abord la difficulté toujours croissante de l'avoir de bonne qualité, c'est-à-dire, molle, fine, douce au toucher, blanche et propre. On est généralement d'accord qu'on ne doit la préparer qu'avec du linge de chanvre ou de lin demi-usé, lessivé, puis lavé à l'eau chaude, et qui ne soit pas empesé; que les compresses, les bandes, et en général toute espèce de linge qui a servi aux malades, sont peu propres à être réduits en charpie; qu'il peut donc être dangereux d'en faire avec du linge imprégné de sueur, de pus, de sanie, comme est celui qui a servi aux phthisiques, aux vénériens et aux galeux; et qu'on fait bien, sous ce rapport, de se défier du linge qu'on reçoit des hôpitaux et des lieux de détention, et de la charpie qu'on achète. — Il est, de même, prudent de ne pas faire confectionner la charpie dans les chambres des malades, de n'en pas confier la fabrication aux malades eux-mêmes, aux individus malpropres, à ceux, par exemple, qui prisent du tabac, ou qui pourraient la salir de toute autre manière. Il faut surtout bien se garder de faire servir deux fois la même charpie; je parle même de celle qui, encore sèche et en apparence propre, se trouve dans les couches supérieures d'un appareil.

Mais la conservation de la charpie exige des précautions tout aussi minutieuses que sa confection. Car il est peu de substance plus susceptible de s'altérer et de contracter des qualités nuisibles. On est obligé de l'étendre, de la battre souvent, et de ne la placer que dans des endroits secs, bien aérés, loin des lieux d'aisance, des chambres des morts, ou des salles où règnent des maladies graves et contagieuses, etc., etc,

La plupart de ces difficultés graves ou embarrassantes se rencontrent, sans doute, dans les établissemens civils et militaires, ou il se fait une énorme consommation de charpie; mais tous les chirurgiens savent si, dans leur pratique particulière, ils n'ont pas, le plus souvent, des craintes analogues ou des motifs de se plaindre au sujet de cette substance. Ils l'ont d'ailleurs rarement sous la main et en quantité suffisante, et, s'ils sont dans le cas d'en confier l'application à des mains peu exercées, c'est souvent en dépit du bons sens qu'on en fait usage. — Dirai-je ce qu'il en coûte aux administrations pour se procurer ces amas considérables de charpie, leur sollicitude pour que les hôpitaux et les ambulances en soient toujours suffisamment fournis, l'impossibilité qu'on en ait de bonne dans les cas où elle est cependant jugée indispensable? Malgré tous ces graves inconvéniens, on s'obstine à envisager la charpie comme un objet de première nécessité dans une foule de circonstances, et on a l'air de ne pas s'apercevoir de l'abus incroyable qu'on en fait. Ainsi, comme on sait, on la fait servir assez généralement à préserver certaines parties contre l'impression de l'air ou des corps étrangers; à recevoir diverses substances médicamenteuses pour les appliquer d'une manière plus convenable; modérer la pression pénible et nuisible d'autres pièces d'appareil; à remplir les vides que celles-ci laissent entr'elles; à garnir des endroits creux; à absterger plus doucement les plaies et les surfaces sensibles; à tamponner ou à élargir des ouvertures ou des sinuosités; à fournir aux parties affectées une enveloppe immé-

diate molle et tendre; à absorber les liquides dont la présence pourrait être fâcheuse.

Mais, de bonne foi, y a-t-il une seule de ces circonstances où il faille décidément et absolument avoir recours à cette substance, et n'y aurait-il rien qu'on pût mettre avantageusement en place? — Voyons, par exemple, le coton. En le mettant en regard avec la charpie, on trouve que, comme le lin et le chanvre dont on tire cette dernière, le coton est également une substance végétale. Il est, comparativement à la charpie, beaucoup plus léger, plus fin, plus blanc, plus propre et d'une abondance telle, partout, qu'il est presque à vil prix. Il se manie avec une si grande facilité qu'on l'applique et l'étend en couches minces ou épaisses, avec une rare simplicité et sans avoir besoin d'en former préalablement des gâteaux ou des plumaceaux. Il se laisse pour ainsi dire, filer ou tisser sur-le-champ au gré du chirurgien. La ouate peut même être envisagée comme un vaste et double plumaceau qu'il suffit de dédoubler pour avoir à volonté deux surfaces moelleuses, pareilles au *lint* des Anglais, et qu'on peut employer aux mêmes usages que ce tissu, soit qu'il s'agisse d'en recouvrir immédiatement une partie quelconque, soit qu'on préfère l'enduire d'un corps gras ou l'imbiber d'un liquide. Une fois placé, le coton n'est pas sujet à se déranger, et il reste attaché sur les plaies et les ulcères, même ceux de la face, sans qu'il soit nécessaire de le soutenir au moyen de bandages ou de bandelettes agglutinatives. Enfin, il a bien autrement d'élasticité que la charpie, et il conserve cette propriété si précieuse dans une foule de circonstances, alors même qu'il est humide.

Tant d'avantages auraient dû, ce semble, assigner au coton la première place parmi nos objets de pansement, et je cherche en vain pourquoi il est resté, partout et en tout temps, dans un oubli si profond. On dit que, semblable à la laine, il est plein de pointes et de dentelures qui en font un corps irritant et nuisible. Mais, qu'on en applique quelques brins sous les paupières, sur une plaie fraîche, une brûlure, un vésicatoire, et on verra ce qu'il en est de ces aspérités qu'on a comparées à celles d'une scie ou d'une râpe. Si elles existaient réellement, la moindre humidité qui se trouve sur les surfaces privées d'épiderme les aurait bientôt altérées ou fait disparaître. On m'a fait aussi l'objection contraire, et on a prétendu que le coton n'excitait pas assez les bourgeons charnus, et donnait lieu à une suppuration peu louable, due évidemment à une trop faible stimulation.

Tous ces raisonnemens en sens divers doivent, au reste, aux yeux des praticiens, avoir peu de valeur, et ils voudront toujours en appeler à leur propre expérience. Ils ont raison, et c'est aussi sur ce terrain que j'espère pouvoir les amener. Qu'ils la consultent donc et la laissent parler, car ils voudront bien m'accorder que leurs essais divers pourront toujours se faire sur-le-champ, avec facilité, sans frais et sans danger; que si leur attente est surpassée comme j'en ai la conviction, ils auront alors à leur disposition un moyen plus simple de réformer leurs pansemens avec des avantages marqués, pour eux comme pour leurs malades.

Les chefs des hôpitaux et des ambulances auront surtout à se féliciter de cette heureuse innovation qui les mettra à même de fournir toujours abondamment à tous les besoins, à toutes les exigences, en réduisant considérablement les dépenses.

Un simple rapprochement des prix relatifs de la charpie et du coton fera mieux ressortir cette vérité, et ne paraîtra pas déplacé ici.

La belle charpie, à égalité de poids, coûte plus que le coton de première qualité. Mais la différence de volume est telle, par la légèreté plus grande de ce dernier, qu'un quart de livre de l'un équivaut à une livre de l'autre, et qu'à poids égaux, le coton pourra recouvrir une surface quatre ou cinq fois plus considérable. Voilà donc une économie notable sur la charpie employée aujourd'hui. — On pourrait y en ajouter encore une nouvelle; c'est que le coton pouvant servir à une foule d'usages, et tant susceptible d'être exactement purifié par nos moyens chimiques, il serait loisible aux administrations de profiter de ces circonstances pour tirer un parti quelconque du coton qui aurait servi aux pansemens; avantage que n'offre jamais la charpie.

Toutefois, et quoique j'envisage le coton comme supérieur à la charpie et applicable, sans exception, à tous les cas où l'on a recours à cette dernière, je ne voudrais nullement encourager les praticiens à en faire l'usage abusif qui se fait de la charpie. Ils me pardonneront donc, j'espère, quelques réflexions qui se rattachent à ce sujet, et qui, émises contre la charpie, peuvent également s'appliquer au coton.

Je demanderai d'abord si l'on s'est fait une juste idée de la nécessité de la charpie, et si l'on a pesé convenablement ses effets thérapeutiques? Il est certain du moins, que c'est en campagne qu'on peut le mieux s'en passer, et cependant que ne fait-on pas pour exciter l'activité et la compassion des femmes et des enfans, afin de s'en procurer en profusion? On dirait que ce moyen est la chose essentielle dans les blessures, et pourtant que de plaies on eût réunies promptement en n'employant, pour les panser, que des bandelettes emplastiques, et qui suppurent longuement, par cela seul qu'on les a recouvertes ou même bourrées de charpie! Dans combien de blessures un simple linge trempé dans l'eau fraîche n'eût-il pas été préférable, non-seulement à la charpie, mais à tout autre mode de pansement! Que de solutions de continuité qui dégénèrent, se compliquent et réagissent sur des organes importans, parce qu'au lieu de songer à les débarrasser de corps étrangers, on s'est appliqué à les remplir de charpie et à surajouter ainsi un corps étranger à un autre! En un mot, il est peu de cas de blessures récentes ou l'emploi de la charpie soit utile, où elle ne soit même évidemment nuisible; et il n'en est point où elle soit absolument indispensable et où on ne puisse facilement la remplacer par d'autres moyens doux. Ce qui augmente encore son mauvais effet, c'est le préjugé qu'on ne saurait panser les blessures trop tôt et trop souvent. Or, la charpie s'attache intimement à tous les points de la surface de la plaie, elle les irrite, forme par-dessus une croûte solide qui empêche tout écoulement des liquides, et qu'on peut enlever d'autant plus difficilement, qu'on l'y applique trop vite. Une plaie récente, qu'on vient de couvrir de charpie, ne peut être pansée de nouveau avant l'entier établissement de la suppuration, à moins d'occasioner au malade des douleurs vives, d'irriter violemment et de donner lieu à quelque nouvelle recrudescence inflammatoire. Ce n'est d'ailleurs pas au 3e ou 4e jour, comme on l'enseigne généralement, mais au 6e, 7e, 8e, qu'il faut faire ce premier pansement et même alors quelques brins de charpie adhèrent encore si fortement à la plaie, qu'on ne saurait les enlever sans

réveiller les sensations les plus douloureuses. A quoi sert donc un pareil pansement? Cette couche d'abord souple et tendre qui protége la plaie contre l'action nuisible des corps étrangers devient bientôt elle-même un corps dur, incommode et difficile à enlever. Il n'en est sans doute pas de même d'une plaie en pleine suppuration; mais ici encore on peut se passer facilement de charpie lorsqu'il s'agit surtout d'appliquer des médicamens. Qu'ils soient sous forme d'onguent ou de liquide, un simple linge méritera toujours la préférence sur la charpie.

Qu'on s'applique de plus en plus à fixer mieux les points de diagnostic et de thérapeutique dans le traitement des plaies fraîches et suppurantes; qu'on veuille bien laisser à la nature tous ses droits; qu'on se montre plus ami de la simplicité; qu'on ne s'imagine pas devoir placer, dans la forme et le matériel d'un pansement, le mystère des forces plastiques, et les plaintes sur le manque de bonne charpie dans les hôpitaux militaires et les ambulances cesseront bientôt. Disons plus : on obtiendra la conviction qu'on peut se passer de cette substance ou la remplacer avantageusement par une autre plus commode et plus commune.

On le voit, le sujet que je traite est d'une immense portée et touche à des questions d'une grande importance que je n'ai fait qu'effleurer. — Mais une pratique longue et assez étendue m'a suffisamment fait connaître qu'il est temps de revoir, dans leurs détails, nos moyens de pansement, de les analyser dans leurs effets et de les adapter mieux à l'état actuel de la science et à l'esprit éclairé de ceux qui la cultivent aujourd'hui.

MATTHIAS MAYOR, *de Lausanne*,

SUR L'ARTHRITE SPOTANÉE AIGUE.

(Rhumatisme articulaire aigu.)

Les cas qui font le sujet de ce travail se rapportent exclusivement à des affections qui n'avaient pas été précédées des causes externes, et dans lesquelles les grandes articulations du genou, de la hanche, du pied, de l'épaule, du bras, de l'avant-bras ou du poignet, étaient tantôt simultanément, tantôt successivement, atteintes de douleur, de chaleur, de tumeur, et souvent de rougeur. Cette affection était le plus souvent récente, aiguë, accompagnée de fièvre, et avait lieu chez des adultes ou des jeunes gens. Dans un petit nombre de cas, elle datait de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et alors encore elle présentait quelques symptômes d'acuité.

Ainsi, il ne s'agit pas ici de l'inflammation des petites articulations revenant par accès, se manifestant chez des sujets avancés en âge et se nourrissant largement et fortement, de la goutte enfin.

Ainsi, il ne s'agit pas d'inflammations traumatiques des jointures ou d'arthrites de cause externe.

Il ne s'agit pas non plus de douleurs dans la continuité des membres, soit dans les os, soit dans la membrane fibreuse qui les recouvre (maladies des os et du périoste), ni des souffrances siégeant dans les muscles, souffrances qui souvent sont le résultat d'une rupture ou d'une distension, qui d'autres fois surviennent spontanément et augmentent presque toujours au moindre mouvement (rhumatisme musculaire).

Il ne s'agit pas davantage de ces déformations articulaires, suites d'anciennes arthrites spontanées aiguës, mal traitées, long-temps négligées, qu'on rencontre en si grand nombre dans les hospices de vieillards, et qui sont incurables parce qu'on ne peut ramener à leur configuration et à leurs fonctions premières des parties si profondément altérées dans leur structure et dans leur forme.

Il ne s'agit pas plus ici de ces lésions anciennes, de ces transformations des parties dures ou molles qui constituent ou entourent les articulations, et qui, résultat fréquent d'arthrites aiguës abandonnées à elles-mêmes, se développent surtout chez des sujets jeunes, faibles, à circulation peu énergique et à tissus pâles (tumeurs blanches).

Il ne s'agit pas, encore, de ces douleurs vives, aiguës, instantanées, présentant pour caractère spécial de ressembler à celle que cause une dent cariée, ou à la sensation dont est suivie la compression du nerf cubital au coude (souffrance des nerfs sensoriaux), ou encore à celle des crampes (souffrance des nerfs du mouvement).

Il ne s'agit pas de ces douleurs s'étendant comme un trait d'un tronc nerveux vers ses ramifications dernières (névralgies descendantes), ou remontant plus rarement des extrémités vers les branches ou le tronc (névralgies ascendantes).

A plus forte raison, ces cas ne se rapportent pas à des souffrances dans les membres, résultat de maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes, ou de toute autre lésion d'organes voisins des plexus sciatiques ou cruraux.

Cet ensemble disparate de maladies si différentes a servi, pour beaucoup d'auteurs anciens, à tracer l'histoire des rhumatisme ; on a considéré, en effet, un très-grand nombre de ces affections comme le résultat d'une cause inconnue, cachée, d'un vice spécial aussi mobile dans son action que varié dans ses effets, et ce vice spécial était le rhumatisme. Je n'ai pas l'intention d'aborder ici les questions qui auraient rapport à ce sujet. Leur solution exigerait une discussion très-étendue. Je veux seulement dire que l'arthrite aiguë spontanée survenue chez des adultes ou de jeunes sujets, et que j'ai combattue par la méthode de traitement consignée dans ce travail, est une maladie essentiellement différente de toutes les affections qui viennent d'être énumérées, et que la curation qui lui convient serait fort loin d'être appliquable à celles-ci.

Partie clinique.

1re OBSERV. — Navillon, homme robuste, âgé de 26 ans, maréchal-ferrant, habitant un logement sain, n'ayant pas été exposé à l'action du froid et de l'humidité n'avait pas jusqu'alors éprouvé de rhumatismes.

Il entra, le 16 juin 1832, à la clinique de la Faculté, à la Pitié, au huitième jour d'une maladie caractérisée par des douleurs qui commencèrent dans le cou et les reins, s'étendirent successivement aux genoux, aux pieds et aux poignets; par du gonflement, de la rougeur et de la chaleur à ces parties ; par la présence de liquide dans les jointures, et par une fièvre très-vive, un pouls plein, fort et développé, sans aucun autre symptôme grave vers les organes thoraciques ou abdominaux.

Une saignée de 30 onces est faite après la visite du 17; le sang se recouvre d'une couenne épaisse. Trois pots d'une infusion de fleurs de sureau, prise en très-petite quantité à la fois et souvent, sont administré, dans la journée. Les genoux, où la maladie est alors fixée, sont élevés sur un plan incliné de telle sorte qu'ils soient plus hauts de six à huit pouces que le bassin; — le soir un soulagement marqué a lieu. Trente sangsues sont placées sur les genoux.

Le 18, il reste à peine quelques douleurs dans le genou gauche; il n'y a plus de fièvre. Les boissons à haute dose, la position, sont continuées, quarante sangsues sont appliquées près du genou gauche.

Le 19, il n'y a plus de douleurs. Le 21, le malade avait le quart d'alimens. Le 23, il était aux trois quarts. Il n'y eut presque pas de convalescence. On retint cet homme dans les salles jusqu'au 9 juillet, et il n'y eut aucune réapparition des accidens.

2e Obs. — La femme Nequun, âgée de 46 ans, habitait une chambre humide. Elle entra à la clinique de la Pitié le cinquième jour d'une arthrite spontanée aiguë, accompagnée d'une fièvre vive, et qui avait envahi les articulations des épaules de chaque côté, mais c'était la droite où la douleur était la plus violente. Une saignée de deux livres fut faite; quarante sangsues furent appliquées le soir sur l'épaule douloureuse; la malade fut couchée sur le côté gauche; la femme Nequun prit quatre pots de tisane dans le jour, et deux injections avec l'eau simple furent faites dans le rectum. Dès le lendemain, la maladie paraît terminée. Une légère douleur qui reste dans l'épaule détermine à appliquer encore trente sangsues sur cette partie; les accidens se dissipent comme par enchantement; le surlendemain du commencement du traitement, la convalescence était complète, et la malade, qui, du reste, était très-pléthorique, n'éprouve aucune faiblesse et passe presque subitement de la maladie à la santé. Elle resta encore plusieurs jours à l'hôpital, et l'arthrite ne parut pas.

3e Obs. — Cassaët, homme très-robuste, nullement sujet au rhumatisme, sans cause connue éprouva tout à coup une vive douleur dans l'articulation de la hanche gauche. Trente sangsues furent appliquées sur cette partie sans aucun amendement. Les douleurs persistèrent sept jours, après lesquels le malade entra à la clinique de la Pitié le 2 juillet 1832. Le membre était plus long que celui du côté opposé; les parties situées à l'entour de l'articulation étaient tuméfiées, rouges, douloureuses à la moindre pression, et les mouvemens difficiles; la fièvre était vive. Soixante sangsues furent appliquées sur la hanche; le bassin fut fortement élevé au-dessus du niveau du tronc, et le malade se coucha sur le côté du corps opposé à la maladie; l'eau à haute dose fut administrée. — A la seconde visite, il n'y avait plus que quelques douleurs très-légères qui ne se manifestaient qu'à l'occasion des mouvemens. — Trente sangsues furent appliquées de nouveau. — Des cataplasmes continuèrent à couvrir la partie malade. Le lendemain, tous les accidens étaient dissipés, et aucun symptôme de maladie ne reparut pendant les douze jours que le malade resta encore à l'hôpital.

4e Observation. — La fille Varembourg, âgée de 19 ans, réglée abondamment depuis 7 ans, demeurant dans un appartement très-sain au quatrième, éprouva le 11 juillet 1833 une violente attaque d'hystérie à la suite d'une suppression de règles. Le lendemain, les articulations étaient rouges, gonflées, douloureuses, brûlantes, une fièvre vive s'y joignait; la main, puis l'épaule et les genoux furent surtout affectés. La pâleur naturelle à cette jeune fille, contrastait avec l'intensité de la maladie et l'abondance ordinaire de ses règles qui reparurent. Le 16 juillet, époque où elle fut examinée à la clinique, les symptômes et la fièvre étaient portés au plus haut degré d'intensité. Sous l'influence d'un traitement analogue, les accidens, calmés le 17, se dissipèrent complètement le 18; les règles continuèrent à couler, et le 19, cette jeune fille qui resta encore plusieurs jours à l'hôpital sans maladie, fut dans le cas de faire elle-même son lit, et eut le quart pour alimens.

Dans le cas suivant la maladie était plus ancienne, elle se rapprochait davantage de l'état chronique.

5e Observation. — La fille Simon (Adèle), âgée de 16 ans et demi, habitant un rez-de-chaussée dans une petite rue, avait été atteinte d'une arthrite spontanée aiguë qui avait successivement affecté presque toutes les articulations des membres. Après 8 jours de maladie, elle subit à Saint-Louis un traitement par les bains de vapeur qui calma ses souffrances, et qui, au bout de trois semaines, lui permit de marcher. Cependant les accidens continuèrent, puis augmentèrent, et deux mois après l'invasion de la maladie, elle entra à la clinique de la Pitié le 12 juin 1833. A des symptômes généraux de pléthore se joignaient des douleurs vives, soit dans le genou gauche dont les mouvemens étaient fort gênés, soit dans l'articulation de la dernière vertèbre cervicale avec la première dorsale. Une saignée d'une livre et demie, dont le sang fut recouvert d'une couche couenneuse épaisse, 30 sangsues le même jour sur le genou, et 20 autres le lendemain sur le point de l'épine malade, et en même temps la position élevée des parties affectées, la diète et des boissons abondantes, furent suivies, en 36 heures, de la disparition complète des symptômes; cette femme resta 9 jours à l'hôpital sans éprouver de rechute. (Thèse de M. Grand.)

A côté de ces faits, il faut ajouter ceux-ci : dans tous les cas où le rhumatisme articulaire soit à la Salpêtrière, soit en ville, a été ancien, très-chronique, et accompagné d'altérations évidentes dans la forme des os ou de leur surface articulaire (et ces cas n'ont pas laissé que d'être nombreux), le traitement anti-phlogistique actif et l'ensemble des moyens précédens, ont quelquefois calmé les symptômes; jamais ils ne les ont guéris; quelquefois même ils n'y ont apporté aucun soulagement.

P.-A. Piorry,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.

(*La suite au numéro prochain.*)

PHYSIQUE MÉDICALE.

Note sur les effets du boulet et sur ceux qu'on a attribués au vent produit par ce projectile.

La direction des études médicales a subi dans l'École de Paris de très-grandes modifications; des connaissances approfondies dans les sciences naturelles, que l'on désigne assez mal sous le nom d'accessoires, sont devenues la base principale sur la-

quelle tous les bons esprits s'efforcent d'appuyer les notions médicales ou chirurgicales.

Le temps est déjà passé où l'on disait que la physique n'était applicable qu'à la locomotion et à la vision.

Malgré cette heureuse direction des idées, il ne sera pas inutile de montrer par un exemple saillant à quelles erreurs les chirurgiens ont pu se livrer lorsqu'ils manquaient des connaissances physiques nécessaires pour déterminer, *a priori*, des effets sur les lois de la mécanique.

Il est bon de remonter ainsi quelquefois la carrière; on y puise de grandes instructions pour l'avenir.

C'est sous ce point de vue que nous examinerons quelques effets directs du boulet, et les prétendus effets du vent de ce projectile.

On a vu d'énormes contusions et même des escarres profondes produites par le passage rapide d'un boulet, sans qu'aucune partie des organes ait été enlevée par le projectile; on n'a pas pu croire que ces effets pûssent se concilier avec un contact réel : on en a conclu que le boulet n'avait pas touché les organes, et que l'air entraîné, poussé ou comprimé par lui avait seul agi dans ces circonstances; en un mot, que ces effets étaient dus au vent du boulet. Cette manière de voir a été généralement adoptée, et, pour en ébranler le crédit, il a fallu que le hasard vînt présenter des faits dans lesquels une partie saillante du corps avait été réellement enlevée par un boulet sans que des organes très-sensibles et très-voisins eûssent été le moins du monde affectés. Si ces faits ne se fûssent point offerts à l'observation, le vent du boulet aurait conservé tout son crédit; et même encore aujourd'hui que ces faits sont consignés par les observateurs, il reste bon nombre de partisans à cet effet médiat du boulet sur nos organes.

Une pareille opinion est cependant fondée sur deux erreurs que les moindres connaissances exactes en physique auraient pu prévenir. En effet, 1° un boulet qui touche tangentiellement des organes mous, d'une part ne doit en emporter aucune partie, et, de l'autre, doit produire une violente contusion. 2° L'air mis en mouvement par le boulet ne peut dans aucun cas exercer une action vulnérante ou même nuisible. La démonstration de ces deux propositions, outre qu'elle achevera de détruire un préjugé, aura l'avantage de mettre en évidence l'utilité des connaissances scientifiques dont les médecins faisaient autrefois bien moins de cas qu'ils n'en font aujourd'hui.

Sur la première proposition, nous dirons que lorsqu'un boulet rencontre tangentiellement des organes mous, il tend à leur communiquer deux mouvemens, l'un dans le sens de celui du projectile, l'autre perpendiculaire à cette direction.

Quant au mouvement dans le sens du projectile, la seule inertie des parties molles les empêchera d'y obéir, d'autant plus que dans ce choc oblique la résultante sera presque perpendiculaire à la surface frappée.

Quant au mouvement dans le sens de cette perpendiculaire, il sera inévitable, car il faut que les parties soient déprimées pour laisser passer le boulet, qui lui-même sera dévié de son chemin direct par l'effet de ce choc latéral.

Une expérience vulgaire peut servir à vérifier ces faits. Si une bille d'ivoire en repos est frappée tangentiellement par une bille animée d'un mouvement rapide, la première se meut presque perpendiculairement à la direction de la seconde. Mais cette première bille ne reçoit aucun mouvement direct; elle n'est nullement entraînée dans le mouvement de celle qui la choque, elle ne prend même aucun mouvement de rotation sur son axe vertical.

Donc un boulet qui rencontre tangentiellement des parties molles ne doit en emporter aucun fragment, mais peut et doit déprimer, contondre profondément, et réduire en escarres les parties touchées.

A mesure que la portion de la circonférence du boulet qui rencontre les parties molles présente plus d'étendue, la résultante du mouvement transmis devient plus oblique à la surface, jusqu'à ce qu'elle le devienne assez pour diviser les parties molles.

Du reste, ces parties frappées ne suivront jamais la direction du boulet, leur mouvement fait au contraire toujours un angle considérable avec cette direction, d'où vient qu'elles sont refoulées sur les parties profondes, et que ces sortes de blessures sont toujonrs accompagnées d'une grande contusion.

Il n'y a par conséquent rien de moins juste que cette expression : un boulet a emporté telle ou telle partie du corps. Les boulets n'emportent jamais rien; mais ils projettent autour d'eux les corps qu'ils rencontrent.

On voit qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours à l'intermédiaire d'un fluide aériforme pour comprendre la nature particulière des lésions qui nous occupent. Mais nous allons prouver en outre que l'explication donnée n'avait aucun fondement, et que l'air mis en mouvement par le boulet ne saurait produire aucun des effets qu'on lui a attribués.

Un boulet qui sort d'une pièce de canon est animé d'une vitesse qui lui fait parcourir environ 500 mètres par seconde. Cette vitesse diminue rapidement par l'effet de la résistance de l'air, et quand ce boulet vient à produire des blessures, on ne peut pas lui supposer une vitesse de plus de 400 mètres.

Lorsqu'un corps sphérique se meut dans un fluide, il en éprouve une résistance qui est à peu près la moitié de celle qu'éprouverait avec la même vitesse une surface plane égale à sa section. D'où l'on doit conclure que le fluide qui exerce cette résistance prend lui-même une vitesse qui lui est proportionnelle en échappant latéralement à l'impulsion.

Ainsi l'air rencontré par le boulet ne peut en recevoir qu'une vitesse de 200 mètres par seconde.

Pour apprécier l'effet vulnérant du fluide élastique mu avec cette vitesse, il faut calculer sa quantité de mouvement en multipliant les masses par les vitesses.

La densité de l'air étant 5544 fois moindre que celle de la fonte qui constitue le boulet, on trouve, en faisant les calculs nécessaires, qu'un volume d'air égal à celui du boulet mû avec une vitesse de 200 mètres peut produire un effet dynamique semblable à celui que produirait le boulet lui-même s'il se mouvait avec une vitesse de 4 centimètres par seconde, effet sensiblement nul, et ne pouvant produire aucune lésion.

Si l'on ne se contente pas de cette considération purement théorique, et si l'on objecte qu'une petite masse mue avec une grande vitesse agit autrement sur nos organes qu'une grande masse mue

avec une petite vitesse, quoique d'ailleurs les quantités de mouvement soient égales, on peut avoir recours à une expérience directe.

Un volume d'air comprimé dans un réservoir, sous une pression d'un quart d'atmosphère seulement, s'échappe par un orifice percé dans les parois de ce réservoir, avec une vitesse de plus de 200 mètres par seconde. Cependant on peut présenter le dos de la main à ce courant, et en recevoir long-temps l'impression sans que la peau présente la moindre apparence de contusion et même sans éprouver la moindre douleur.

L'air est comprimé dans la crosse d'un fusil à vent, jusqu'à supporter 40 atmosphères de pression, et quand cet air vient à s'échapper, il est animé d'une vitesse de plus de 600 mètres par seconde, et cependant on peut tenir la main à l'extrémité du canon d'un fusil à vent, sans que le choc rapide de l'air produise la moindre contusion.

Il faut remarquer que dans les deux cas que nous venons de citer, le choc de l'air est produit par un courant et qu'une très-grande masse d'air est réellement lancée dans un temps très-court par une ouverture étroite; circonstance qui serait de nature à rendre les effets dynamiques d'un semblable courant beaucoup plus considérables que ceux du petit volume d'air déplacé à chaque instant par le boulet.

Il résulte donc des considérations théoriques, aussi bien que des observations expérimentales, que l'air mis en mouvement par le boulet sur son passage ne peut, dans aucun cas, produire aucun effet vulnérant, ou même contondant, et que toute théorie, fondée sur cette supposition, aurait dû être rejetée, *a priori*, comme contraire à tous les faits observés.

Que l'on n'imagine pas, du reste, qu'il y ait rien de nouveau dans les principes et les faits que nous venons de poser; tout cela était connu et parfaitement exposé à l'époque même où la théorie du vent du boulet était généralement admise.

Il ne manquait donc aux chirurgiens qui ont pu adopter cette théorie, que d'être au courant des connaissances physiques de leur époque pour éviter cette erreur ou rectifier leurs idées, sans attendre une expérience tardive.

PELLETAN,
Professeur de la faculté de médecine de Paris.

Note sur les préparations de salsepareille.

Les importantes propriétés médicales de la salsepareille ont été reconnues et établies pendant une longue suite d'années sur des médicamens dont le mode de préparation consistait à extraire les principes actifs de cette racine, au moyen de décoctions aqueuses prolongées : ce n'est que tout récemment qu'un mémoire de M. Hancock, inséré dans le journal de la Société médico-botanique de Londres (1830), est venu mettre en doute l'efficacité d'un pareil traitement pharmaceutique; M. Hancock traite les préparations connues sous les noms de sirop et d'extrait de salsepareille comme absurdes, puisqu'elles n'ont plus les vertus de la racine, et il déplore qu'une si grande quantité de cette excellente plante soit ainsi perdue en vapeurs comme un encens brûlé à la déesse de la folie (expression de M. Hancock). Malgré le ton leste et tranchant avec lequel cet Anglais traite l'expérience de tous ceux qui l'ont précédé dans la carrière de l'observation médicale et pharmaceutique, il ne me serait jamais venu à l'idée de prendre la plume pour combattre ses opinions, si elles n'avaient reçu implicitement la sanction d'un de mes collègues dont j'estime le talent et l'esprit d'observation. M. Soubeiran rapporte en effet (Journal de Pharmacie, t. 16, p. 39) quelques expériences dont le résultat lui semble favorable aux assertions de M. Hancock.

Cette opinion d'outre-mer, ainsi corroborée, ayant produit dans le temps quelque impression, puisqu'elle a trouvé moyen de se faire soutenir dans une discussion élevée au sein même de l'Académie royale de médecine, je crois devoir, dans l'intérêt d'une médication si fréquemment appliquée, faire connaître les raisons qui me portent à ne pas admettre intégralement les opinions de M. Hancock.

Il dit que la bonne salsepareille a une âcreté nauséeuse particulière, « ce qui est le meilleur caractère pour la reconnaître. » Je partage en cela l'avis de M. Hancock, mais plus loin il ajoute : « J'incline « à croire que les propriétés de cette racine sont dues « à un principe âcre, nauséeux, semblable à celui « de l'ipécacuanha, en ce qu'il est tout-à-fait détruit « par une longue ébullition. » Il y a ici erreur et confusion bien évidentes. L'ipécacuanha contient sans doute un principe d'odeur nauséabonde, mais qui n'est point vomitif; cette propriété réside tout entière dans l'émétine qui n'est point volatile, et qu'une longue ébullition dans l'eau n'altère en aucune manière. Ce fait résulte d'expériences positives qui contredisent complètement l'assertion de M. Hancock.

En est-il de même de la salsepareille? L'état actuel de nos connaissances chimiques ne nous permet point de l'affirmer, mais on peut le penser d'après ce que je dirai bientôt et d'après M. Hancock lui-même, car il dit, quelques paragraphes plus loin : « Il existe, dans la salsepareille, un certain principe qui n'est pas complètement dissous « par l'eau bouillante : après avoir épuisé par deux « décoctions de la salsepareille, j'ajoutai sur le marc « de l'esprit de vin rectifié, et je fis digérer à une « douce chaleur; alors ajoutant de l'eau bouillante « et exprimant, je me suis procuré quatre pintes « d'infusion possédant les propriétés âcres de la « salsepareille, à un plus haut degré que celle qui « a été obtenue par la première action de l'eau seule. »

Il est donc évident, d'après cela, que le principe actif de la salsepareille n'est pas détruit par l'ébullition dans l'eau, et que M. Hancock n'est pas bien fondé dans ses opinions, puisqu'il se met en contradiction avec lui-même à quelques pages de distance. En effet, si le principe était volatil ou détruit par l'ébullition, on ne pourrait plus l'extraire, au moyen de l'alcool, de la salsepareille qui aurait subi préalablement deux décoctions aqueuses.

Quoi qu'il en soit, M. Hancock conclut qu'il faut préférer l'infusion ou digestion prolongée à une longue coction, pour traiter la salsepareille, et il s'appuie sur l'efficacité plus grande qu'il a obtenue de ce remède ainsi préparé dans le traitement des maladies syphilitiques. A la vérité, M. Hancock n'invoque ici que son expérience personnelle, et il semble ne tenir aucun compte de celle de ses devanciers qui, cependant, n'ont presque jamais prescrit que des préparations de salsepareille faites par une ébullition prolongée, et n'en ont pas moins obtenu des

succès sur lesquels la grande réputation médicale de la salsepareille est fondée.

M. Soubeiran a attaché, selon moi, trop d'importance à l'opinion émise par M. Hancock, que l'activité de la salsepareille réside dans un principe âcre et nauséeux, et que toute préparation qui en est privée doit être inerte ou fort peu efficace : ce qui le porte à considérer l'extrait alcoolique de la salsepareille, comme représentant toutes les propriétés médicales de cette racine.

Je ne partage pas cet avis : je crois que les préparations les plus efficaces de cette racine, sont encore celles obtenues par l'ancienne méthode, c'est-à-dire par une longue ébullition, après une macération préalable de vingt-quatre heures. Je crois le principe âcre et nauséeux tout-à-fait étranger à la vertu active de la salsepareille, et ce qui le prouve, c'est qu'il est complètement isolé ou détruit par les décoctions réitérées de cette racine. Il est sans doute très-fâcheux que nous manquions d'une bonne analyse chimique de la salsepareille et que nous ignorions auquel de ses principes constituans on doit attribuer ses vertus médicales; mais si j'en juge par quelques expériences qui me sont personnelles, rien n'est plus facile de se rendre compte de quelle manière les décoctions de salsepareille sont débarrassées du principe âcre et nauséeux : l'amidon contenu dans cette racine y joue un rôle actif; en effet, les décoctions laissent se séparer, par le refroidissement, une matière floconneuse d'un blanc sale, et qui résulte de la combinaison de l'amidon avec un des principes de la salsepareille : cette combinaison est soluble à chaud et insoluble à froid. Est-ce une matière tannante qui a ainsi précipité l'amidon ? je ne crois pas, puisque l'infusion de salsepareille ne se trouble pas au moyen de la gélatine animal : c'est un principe particulier à la salsepareille, mais qui, combiné à l'amidon et séparé des décoctions refroidies, doit être étranger aux propriétés de cette racine. Sans affirmer que ce soit le principe âcre qui est ainsi séparé des décoctions par la réaction chimique dont je viens de parler, je suis cependant très-porté à le penser, car j'ai privé un macératum aqueux de salsepareille de sa saveur âcre, en le battant fortement avec une certaine dose de gelée d'amidon; j'ai fait ainsi artificiellement ce qui se produit tout naturellement lorsqu'on met à bouillir de la salsepareille dans l'eau.

En attendant que de nouvelles expériences viennent nous éclairer, je crois qu'il est prudent de ne pas modifier l'ancien mode de préparation des médicamens dont la salsepareille fait la base. C'est avec ces sortes de médicamens qu'une longue expérience thérapeutique s'est formée; et c'est sur eux que le médecin compte dans sa pratique : il est donc important de n'y rien changer si l'on veut ne point induire le médecin en erreur.

J. B. Caventou.
Professeur à l'École de pharmacie, etc.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

Sortie de vers de différentes parties du corps, par le docteur Neilson.

Jean Alexandre, âgé de 10 ans, était depuis un an d'une santé faible; quoique l'appétit fût conservé, la débilité générale et la flaccidité des chairs annonçaient une maladie profonde. Une tumeur formée depuis huit mois dans la région hypogastrique finit par s'abcéder, par s'ouvrir spontanément, et rendit, avec deux onces de pus, un ver blanc de la longueur d'un pouce. Huit ou dix jours après, une seconde tumeur s'éleva à trois pouces de distance de la première, sur le côté droit de la poitrine, s'abcéda, et donna encore issue à un ver. Dans l'espace de deux mois, cinq vers furent ainsi rendus par différens points du corps, tous semblables au premier, et vivant plusieurs heures après leur sortie. Lorsque je vis le malade, écrit le docteur Neilson, les tégumens de la joue et de l'œil droits étaient excessivement gonflés; en peu de jours, un autre ver fut rendu par la paupière supérieure. Je prescrivis plusieurs médecines pendant six semaines, mais les abcès continuèrent à se former, et firent sortir vingt vers. Ils étaient en plus grand nombre du côté droit. A la fin, deux grains de calomel furent administrés chaque soir, jusqu'à ce que l'action du mercure se fit sentir aux gencives. La convalescence ne se fit point attendre.

Est-ce à l'action antivermineuse bien connue du calomel, ou à l'épuisement spontané du foyer vermineux, que fut due la disparition de ce singulier phénomène?

Depuis trois mois la santé est très-bien rétablie.
(Lond., med. chir. Review.)

Tic douloureux.

M. T.-R. Cooper, de l'hopital de Guy, a rapporté un cas de tic douloureux traité avec succès par le carbonate de fer à hautes doses, ainsi que l'a recommandé M. Hutchinson. L'excessive douleur empêchait la malade de dormir, excepté tout au plus une heure, lorsque par hasard il survenait un peu de rémission. Elle n'avait jamais eu mal aux dents, et toutes ces dents paraissaient saines. Le supplice continuel qu'elle endurait l'avait réduite à un état de débilité nerveuse extrême, accompagné de dyspepsie, etc. Elle avait employé, d'après le conseil de plusieurs médecins, différentes espèces de linimens et d'embrocations, des apéritifs et des toniques, parmi ceux-ci particulièrement le sulfate de quinine. M. Cooper lui conseilla d'essayer le carbonate de fer; elle commença par 20 grains mêlés avec de la thériaque, quatre fois par jour, et augmenta graduellement de 5 grains chaque dose, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à 40 grains. Elle continua de prendre cette quantité, quoique avec quelques nausées, quatre fois par jour pendant une semaine, et alors elle éprouva un mieux notable. Au bout de quinze jours, l'estomac fut habitué à la dose, et la douleur, qui avait été en diminuant, cessa tout-à-fait, en même temps que la santé générale s'améliora. Alors la malade commença à diminuer graduellement la dose de carbonate de fer, jusqu'à ce qu'elle fût revenue à 4 grains, et elle cessa. Pendant l'usage du médicament elle reprit la coloration animée de ses joues, qui l'avait quittée depuis plusieurs mois.

Fécondité extraordinaire.

Dans le 88e numéro du (Severnaga Ptchela), journal russe, le docteur Bajalskry rapporte plusieurs exemples de fécondité, dont les suivans sont les plus remarquables. En 1755 Jacob Kirilo, russe, fut père de 57 enfans vivans, d'une seule femme, qui eut 4 couches quadrupules, 7 couches triples, et 10 couches doubles : sa seconde femme une couche triple et six couches doubles. — Fédor Wasiliewitz, de Schja, eut une première femme qui accoucha 27 fois, 4 fois de 4 enfans, 7 fois de 3, et 16 fois de 2. Des documens officiels font foi que, le 27 février 1782, ce Wasiliewitz, âgé de 75 ans, conservait 83 enfans vivans de 87 qu'il avait eus.

(Lond., med. and. surg. Journal.)

Observations d'hydropisie et de gangrène dans une famille qui avait vécu quelque temps de pommes de terre malsaines; par Al. Peddie, d'Edimbourg.

La première fois, M. Peddie fut appelé le 13 décembre 1832, pour une fille de 19 ans, qui avait une partie de la joue gangrénée. Quelques semaines auparavant, Marie Clapperton avait eu une scarlatine dont l'éruption, bornée à la poitrine, n'avait duré qu'un jour. Depuis, l'empâtement de la joue s'était montré, et avait été en augmentant jusqu'à ce qu'on appliquât des sangsues à la suite desquelles parut la gangrène. L'ablation de la partie mortifiée, l'usage de topiques stimulans et balsamiques, et à l'intérieur l'administration du vin guérirent cette affection. Le 12 janvier, la cicatrice de l'ulcère était complète, et l'état général satisfaisant.

Alexandre Clapperton, âgé de 6 ans, fut aussi visité le 13 décembre. Six semaines auparavant, il avait eu aussi la scarlatine, avec une éruption franche et une convalescence facile. Depuis 10 jours il était faible, pâle, bouffi, languissant, avec une digestion troublée, et des symptômes d'hydropisie thoracique et abdominal. Le calomel et la scille furent donnés en vain; d'hydropisie fit des progrès. La mort eut lieu le 17. A l'autopsie, on trouva des épanchemens dans la plèvre droite et dans le péritoine, avec fausses membranes.

Agnès Clapperton, âgée de 4 ans, n'eut point de scarlatine. Elle offrit à peu près les mêmes symptômes qu'Alexandre, et mourut le 29 décembre. A l'autopsie : épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine; tubercules dans l'épaisseur de l'iléon; suppuration des glandes mésentériques, inflammation de la fin de l'iléon.

En allant à des renseignemens plus précis sur cette singulière affection, qu'on ne pouvait pas attribuer à la scarlatine, M. Peddie apprit que cette malheureuse famille, tombée dans la misère, ne mangeait depuis quelque temps que de ces mauvaises pommes de terre que le fermier laisse à la surface du sol, exposées au soleil du jour et à la gelée de la nuit, et conséquemment soumises à un travail continuel de fermentation et de putréfaction. Selon les voisins, ces pommes de terre étaient gelées, de peu de consistance, d'une couleur verte ou pourpre et d'une saveur excessivement amère. La pauvre famille avait commencé ce régime plus de six semaines avant le mois de décembre; et, peu de jours après, presque tous ses membres avaient ressenti des douleurs d'entrailles, avaient eu la diarrhée, étaient pâles, faibles, etc.

On trouvera extrêmement probable que telle fut la cause de la maladie des Clapperton, si on se rappelle, ce qui est bien connu des fermiers et des agriculteurs, que les chevaux et les bœufs ne peuvent pas manger de ces pommes de terre gelées sans devenir hydropiques et sans éprouver des dérangemens de digestion graves et quelquefois mortels.

Note sur l'eau Binelli et ses effets thérapeutiques, par J. Davy, insp. des hôpitaux militaires.

L'eau qui fait le sujet de cette note a, pendant plusieurs années, joui d'une grande réputation en Italie, soit sous la dénomination d'eau balsamique artérielle tirée de ses prétendus effets, soit sous celle d'eau Binelli, du nom de son auteur. Les propriétés que lui assignait Binelli étaient réellement merveilleuses; car elle avait la vertu d'arrêter les hémorragies internes et externes les plus graves, de guérir toute sorte de plaie, de rappeler les évacuations sanguines de l'utérus supprimées, etc.

Le docteur Davy a examiné avec soin les qualités physiques et chimiques de l'eau Binelli : il a trouvé que ce liquide avait une pesanteur spécifique à peu près la même que l'eau distillée; qu'il n'était ni acide, ni alcalin, ni salin; que son odeur ressemblait assez à celle du gaz hydrogène non purifié, et que cette odeur se dissipait par l'ébullition; que son goût était tant soit peu piquant, mais pas le moins du monde astringent. En un mot, l'eau Binelli a toute l'apparence de l'eau ordinaire contenant un peu d'huile volatile ou de naphthe, et est probablement due à la distillation de l'eau de Pétrole, ou de quelque espèce de goudron.

Les expériences faites sur les animaux par le docteur Davy s'accordent avec cet examen chimique. Aucune hémorragie n'a été arrêtée, et l'imbibition des compresses appliquées sur les plaies a paru aussi insignifiante que celle qu'on aurait faite avec l'eau commune.

M. Davy ne croit pas plus à l'efficacité de l'usage interne de l'eau Binelli qu'à la prétendue puissance de l'eau de goudron de l'évêque Berkeley. Selon lui, le plus grand service qu'aient pu et que puissent rendre ces deux liquides, c'est d'être parfaitement innocens. (Edimb. med. and surg. Journal.)

Lettre sur un cas de lithotripsie pratiquée en 1800, par B. Rodriguez.

A Messieurs les Rédacteurs du Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Messieurs,

On se plaît toujours à remonter jusqu'à la première source des inventions humaines. Dans un siècle qui deviendra fameux par les bienfaits de la lithotritie, dans un moment surtout où la méthode de la percussion est remise en crédit par les tentatives savantes d'un des plus habiles praticiens de nos jours (1), permettez-moi d'user de la voie de votre journal pour revendiquer une part de gloire en faveur d'un modeste Espagnol qui, le premier,

(1) M. le baron Heurteloup.

accomplit cette opération avec un plein succès, il y a beaucoup d'années. Je veux parler de Bartholomée Rodriguez, lequel imagina même d'associer l'action de quelques substances dissolvantes à l'emploi des moyens mécaniques. L'observation suivante en fera foi; je vais l'exposer telle qu'elle fut jadis communiquée à la Société médicale d'Emulation.

Observation. — Don Antoine Ponce de Léon, âgé de soixante-cinq ans, curé de la paroisse de Churriana, était continuellement inquiété par la présence d'un calcul; il rendait aussi depuis longtemps des graviers de diverses figures et de divers volumes. Sur la fin de novembre, en l'année 1800, il éprouva une rétention totale d'urine, avec des douleurs très-aiguës dans l'organe vésical. Il appela aussitôt à son secours Bartholomée Rodriguez, chirurgien de la ville de Malaga, située à une lieue et demie de son presbytère. Celui-ci accourut et le soulagea bientôt au moyen du cathétérisme. Il lui fit rendre une grande quantité d'urine et quelques flocons d'une matière sanguinolente. Il parvint ensuite à calmer les symptômes d'irritation, en introduisant par l'algalie une décoction de guimauve et d'orge perlé. Quatre jours après, il eut recours à une canule de gomme élastique, pour faire parvenir dans la vessie une mixture composée d'une demi-once de savon blanc, dissous dans deux onces d'esprit de vin, et d'une once d'acide du limon, dans la décoction émolliente précédemment employée. Par intervalles, Rodriguez imprimait quelques légers coups sur la pierre avec la sonde d'argent. (Cada doce horas andava de dar algunos ligeros golpes con la sonda de plata sobre la piedra.) Après quelques injections que le malade s'efforçait de retenir pendant plusieurs minutes, et, après quelques percussions, la canule élastique étant constamment à demeure, on aperçut dans l'urine quelques parcelles de calcul, on augmenta dès-lors la proportion de l'acide citrique employé dans la mixture injectée. Le huitième jour, on s'aperçut qu'une grande proportion de matière calculeuse, retenue dans le conduit de l'instrument, obstruait le passage du liquide urinaire. Rodriguez changea la canule et poursuivit ses essais. Vers le vingtième jour, on ne voyait plus de graviers dans les urines; mais elles étaient considérablement chargées d'un sédiment blanc qui rendait une odeur très-fétide. Le quarantième jour, elles devinrent tout à coup limpides. On discontinua dès-lors les remèdes. Le malade n'employait plus que les bains; il fut mis à l'usage du lait. Deux mois à peine écoulés, don Antoine Ponse de Léon se portait à merveille, et remplissait les fonctions de son ministère, sans le moindre ressentiment de ses anciennes douleurs.

J'ai pensé, Messieurs, que ce fait authentique et bien constaté était intéressant à consigner dans vos annales. On pourra, si l'on veut, le rapprocher de celui que racontait souvent l'ingénieux Percy, et que mon célèbre collègue, M. le professeur Boyer, a reproduit dans son savant ouvrage des maladies chirurgicales. Il s'agit d'un moine de Cîteaux, qui imagina, dit-on, de se servir sur lui-même d'une sonde creuse, dans laquelle il faisait tous les jours glisser une tige d'acier, droite, de forme ronde, et terminée par un petit biseau, qu'il poussait jusqu'au calcul. Tous les jours, à ce qu'on assure, il parvenait à détacher, par ce singulier mécanisme, quelques portions du calcul dont le poids lui était devenu si incommode, et que les urines entraînaient au dehors. On a fait aussi mention d'un colonel anglais, qui, à l'aide d'une sonde creuse élastique, avait trouvé le moyen de faire arriver une lime dans la vessie, pour user la pierre et la pulvériser. Il paraît du reste, constant que, dans des temps déjà fort anciens Georges Detharding réussit à perforer et à briser un assez gros calcul engagé dans l'urètre, et qu'il le retira de cette manière. (De calculo vesicæ friabili, 1729). Mais Bartholomée Rodriguez a très-certainement la gloire d'avoir, le premier, proposé, et même tenté avec succès, l'association des deux moyens, pour nous affranchir d'une des maladies les plus désolantes qui puissent affliger l'espèce humaine : la dissolution et la percussion. Il songeait, dit-on, à perfectionner ses instrumens, et on lui attribuait déjà plusieurs cures, dans son humble pratique, pour d'autres maladies des voies urinaires.

Le baron Alibert, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS ETC., ETC.

AVRIL 1833.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Histoire Médico-Chirurgicale de la maladie produite par la chique. (Insecte parasite très commun dans les contrées méridionales de l'Amérique.)

Par M. L. LABAT,

Docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, et ancien chirurgien de marine aux Antilles.

Ipsissimis oculis, vidi.

Un voyage que j'ai fait aux îles d'Amérique m'ayant fourni l'occasion de recueillir de nombreux documens sur la maladie causée par cet insecte, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour mes confrères d'Europe de recevoir quelques notions précises sur ce genre d'affection, inconnu à la plupart d'entre eux.

La chique, vulgairement appelée *puce pénétrante*, *pulex penetrans*, a été désignée sous le nom de *bicho* par les Portugais, de *tunga* par les Brésiliens, et de *pediculus ricinoïdes* par Linné.

Elle est presque aussi petite qu'un ciron, et appartient à la classe des aptères. cet insecte, examiné à la loupe, est à peu près de la forme de la puce : il a comme cette dernière six pattes ; celles de derrière, étant plus longues, sont propres à le faire sauter. Ce qui fait différer cependant la chique de la puce ordinaire (*pulex irritans*), c'est son extrême petitesse et le prolongement de son suçoir, qui égale en longueur tout le reste de son corps.

Elle se trouve ordinairement dans les lieux secs et poudreux des parties méridionales de l'Amérique, ce qui fait que les nègres qui marchent pieds nus, qui n'observent aucun soin de propreté, et habitent des lieux malsains, en sont plus fréquemment atteints que les Européens.

Le *pulex penetrans* respecte d'ordinaire les enfans et les personnes qui ont la peau fine. Il s'attache le plus souvent à la plante du pied ; quelquefois à la peau des mains, aux coudes, aux genoux, enfin à toutes les parties du corps, où l'épiderme est calleux : il lui faut une peau dure pour la tarrauder facilement. D'autres fois il se loge au-dessous de l'ongle des orteils, il y pénètre d'autant plus aisément que son extrême petitesse ne permet guère de l'apercevoir. Si au premier signe de sa présence on ne se hâte de le retirer ou de le détruire, cet insecte, par l'effet de la succion, acquiert bientôt le volume d'un pois ; mais s'il est du genre femelle, il acquiert bientôt une grosseur plus considérable, et par une fécondité désespérante, dépose un grand nombre d'œufs, d'où naissent bientôt d'autres insectes qui pullulent à leur tour, et infectent toutes les parties voisines. C'est dans ce cas surtout, que les symptômes peuvent devenir très graves, et le mal acquérir beaucoup d'extension.

La présence de l'insecte s'annonce d'abord par une petite tache, rouge-brunâtre, accompagnée de démangeaison, qui ne tarde pas à être remplacée par des douleurs pongitives et lancinantes, accompagnées d'inflammation et de fièvre. Les vomissemens se déclarent; la langue devient rouge et aride ; l'épigastre douloureux et la soif intense. Lorsque le mal n'est point arrêté dans sa marche, les convulsions, le délire même se déclarent, et la mort peut s'en suivre. Nous devons ajouter cependant que, le plus souvent, cette maladie n'offre pas un caractère aussi effrayant, ni une marche aussi rapide. Dans un grand nombre de cas, la présence de la chique donne seulement lieu à un abcès qui s'ulcère et devient très difficile à se cicatriser : le mal se localise et ne porte pas ses ravages au-delà de la partie affectée, surtout si, après l'ouverture de l'abcès, on a la précaution d'en laver le fond avec de l'huile chaude camphrée, afin de

débarrasser la partie de tous les germes de chiques qu'elle contient.

Mais dans d'autres circonstances, heureusement plus rares, lorsqu'un traitement convenable n'est pas dirigé contre cette maladie, une tension douloureuse se prolonge le long de la jambe ou du bras, donne lieu à l'engorgement inflammatoire des glandes de l'aine et de l'aisselle, ainsi qu'à tous les désordres gastriques et cérébraux, que nous avons mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la gangrène se déclare presque toujours et cause la mort du malade.

En 1818, me trouvant à la campagne de M. Baudin, riche propriétaire à la Martinique, j'eus occasion d'observer sur un de ses esclaves, malade de la chique, combien étaient violentes les convulsions du membre affecté. Elles devinrent si fortes et si douloureuses, que, ne pouvant y remédier par aucun autre moyen, je me hâtai de fendre crucialement l'abcès, situé au talon droit. Je lavai la plaie avec de l'eau tiède, je pratiquai une large saignée, et j'ordonnai un bain tiède de longue durée. L'emploi de ces moyens produisit un si heureux effet, que les douleurs et tous les autres symptômes graves cessèrent à l'instant. Le malade s'endormit dans sa baignoire, et ne se réveilla que longtemps après qu'on l'eut remis dans son lit. Les injections huileuses camphrées, des cataplasmes émolliens complétèrent sa guérison.

L'affection produite par la chique peut, lorsqu'elle acquiert tout son développement, donner lieu à trois périodes bien distinctes, et qu'il est important de connaître.

La première est celle où la chique, à peine introduite dans l'épaisseur des tégumens, y occasione une légère démangeaison : la partie ne tarde point à devenir chaude, même douloureuse, et à présenter une tache rouge-violet, causée par la présence de cet insecte, dont l'augmentation du volume décèle la présence.

La seconde période est caractérisée par un engorgement inflammatoire, qui réagit sur le système circulatoire, et donne lieu à la fièvre. La chique, non-seulement a pris du développement, mais a donné naissance à un grand nombre d'autres petits insectes, dont la présence fait éprouver au malade la cruelle sensation d'un millier d'épingles qu'on enfoncerait dans les chairs.

Enfin, dans *la troisième période*, l'abcès, qui a gagné en profondeur et en largeur, finit par s'ouvrir, et donne lieu à l'évacuation d'une sanie purulente très fétide. Après avoir lavé la plaie, si on l'examine attentivement, on aperçoit, au fond, des granulations noirâtres, semblables à des grains de plomb, qui ne sont autres choses que les *pullices pullulentes* qui se sont multipliés en grand nombre.

Traitement prophylactique et curatif.

Le meilleur moyen de se préserver de cet incommode et dangereux parasite, consiste dans une extrême propreté de la peau, dont il faut souvent râcler ou limer les parties dures et calleuses. Des frictions huileuses, simples ou camphrées, des chaussures épaisses et bien entretenues, peuvent aussi être placées au nombre des préservatifs contre ce redoutable ennemi. Mais comme cet insecte se plait de préférence dans les lieux malsains ou échauffés par le soleil ardent des tropiques, dans les appartemens poudreux, remplis de vieille paille sale et brisée, la plus sûre de toutes les précautions est d'éviter soigneusement son séjour de prédilection.

Les mulâtres et les nègres des Antilles emploient, pour s'en garantir, de fréquens lavages avec la décoction de tabac, et quelquefois des onctions avec de l'huile de noix d'acajou.

A l'égard du traitement curatif de cette maladie, nous ne pouvons le tracer méthodiquement, qu'en le modifiant d'après les trois périodes qu'elle présente.

1° *Dans la première période*, époque à laquelle l'insecte n'ayant pénétré que depuis peu de temps, n'a point encore déterminé d'autres désordres locaux que ceux d'une démangeaison incommode, accompagnée de quelques lancées douloureuses à longs intervalles, le traitement est aussi simple que prompt dans ses effets. Il consiste à mettre cet animalcule à découvert, en pratiquant sur la tache rouge dont nous avons parlé, une petite incision au moyen d'un bistouri ou d'une lancette. On lave la plaie avec un peu de vin chaud, et l'on procède à l'extraction de l'insecte, dont on a soin de ne point laisser la tête, qu'on reconnait à un point rougeâtre, et qui se sépare facilement du corps. On cautérise ensuite, par précaution, toute l'étendue du foyer, où la chique se trouvait renfermée. Un pinceau trempé dans le nitrate d'argent fondu est le meilleur caustique qu'on puisse employer dans cette circonstance (1). Les négresses, qui se piquent de beaucoup d'habileté pour ce genre d'opération, substituent à l'instrument tranchant une épingle. Mais il est facile de comprendre combien le procédé que nous avons indiqué est préférable au second. En pratiquant une petite incision simple ou cruciale, on voit aisément si la chique a commencé à déposer ses œufs, qu'on peut alors très facilement extraire ou détruire ; tandis qu'en ne faisant usage que de l'épingle, le meilleur microscope ne pourrait faire découvrir si les germes en question sont cachés sous la peau, déposés au fond de la plaie, où ils ne manqueraient pas d'éclore et de pulluler. Dans l'un et l'autre cas, on doit, après l'opération et les jours suivans, faire des lotions avec une infusion de feuilles de tabac. M. Sérannes, chirurgien du *Stationnaire* au port royal, m'a assuré avoir obtenu d'excellens effets des frictions mercurielles camphrées. Les nègres se servent aussi de jus de piment, mais il est trop irritant pour ne point en récuser l'usage.

Si l'on est appelé lors de la seconde période de cette maladie, époque où l'insecte, ayant fécondé une multitude de ces *pullices pullulentes*, ces derniers ont sucé, creusé dans les parties profondes, et donné lieu à un abcès, il faut, sans différer, fendre crucialement toute l'étendue du mal, mettre à découvert le fond du foyer purulent, le laver d'abord avec de l'eau tiède, et secondement avec de l'huile simple, ou mieux encore avec de l'huile de camomille camphrée. Ensuite on détache, à l'aide d'une petite pince, toutes les chiques ainsi que tous les germes qu'on peut apercevoir

(1) On pourrait, au besoin, se servir simplement de la pierre infernale, qu'on aurait bien effilée en pointe.

voir, et l'on cautérise, avec le nitrate d'argent, les différens points qui paraissent suspects. On introduit au fond de la plaie un plumaceau de charpie enduit de cérat mercuriel, et l'on couvre le tout d'un cataplasme émollient légèrement oplacé.

Le repos, une boisson tempérante, la diète et des bains sont alors nécessaires au malade. Si la dureté du pouls, les douleurs de tête, la raideur des muscles masseters et temporaux, la diminution de l'ouïe, l'embarras de la langue à sa base, et surtout les tremblemens du membre affecté, se transmettant vers la région lombaire, font redouter le tétanos, si fréquent dans ces contrées; une large saignée devient indispensable pour en prévenir le développement. Lorsqu'elle ne suffit point pour arrêter la marche de cette terrible complication, il faut promptement administrer au malade un traitement plus actif, tel que de nombreuses sangsues à l'anus, quelques-unes au-dessous des apophyses mastoïdes, quelques autres encore le long du rachis, suivies d'un bain tiède très prolongé; l'on administre ensuite un quart de grain d'acétate de morphine, ou un grain d'extrait gommeux d'oplum à doses graduellement croissantes. Mais, comme ceci rentre dans le cas de tétanos traumatique, nous passerons outre pour rentrer dans notre sujet.

Lorsque, par défaut de soins ou d'un traitement convenable, la maladie est parvenue à sa troisième période, le cas est des plus graves. La cause du mal s'est accrue, ses effets destructeurs ont non-seulement envahi les parties voisines, mais y ont encore déterminé la gangrène; les convulsions, les crampes, tous les symptômes d'une gastro-méningite ne tardent point à survenir; le sphacèle du membre est à craindre, et dans ce cas la mort assurée, si l'on ne se hâte de pratiquer l'amputation du membre.

Ce qu'il y a de plus pressé à faire en ce moment consiste d'abord à pratiquer l'opération que nous avons indiquée pour la seconde période, en ayant soin de débrider profondément, et dans tous les sens la partie affectée; on doit même étendre les incisions au-delà du foyer du mal. Mais, si l'on n'obtient une prompte cessation des principaux symptômes tétaniques, et si la gangrène continue à faire des progrès, il ne faut pas balancer, et se décider à l'amputation du membre, afin de sauver la vie du malade.

Le lieutenant du brick *l'Emilie* s'aperçut, lors de son retour en France, deux jours après son départ de la Martinique, qu'une chique s'était introduite dans son pied. Aucun traitement rationnel ne put lui être administré, le chirurgien du bord, ainsi que la plus grande partie de l'équipage, ayant été moissonnés par la fièvre jaune. Cet officier de marine, ne connaissant pas le danger qu'il courait en laissant sous sa peau ce redoutable parasite croître et se développer, fit seulement des lotions avec une forte décoction de tabac; mais comme l'insecte était déjà profondément situé, et que le remède ne pouvait l'atteindre au travers du chemin tortueux qu'il s'était frayé, le mal fit bientôt de rapides progrès, et donna lieu à de très vives douleurs qui engagèrent le malade à suspendre les lotions dont nous venons de parler. On y substitua un cataplasme émollient composé de farine de graine de lin, bouillie dans une forte décoction de têtes de pavots. Ce topique calma momentanément une partie des douleurs; mais, comme un pareil traitement n'était nullement susceptible de détruire la cause du mal, ses progrès furent rapides: un abcès compliqué de gangrène ne tarda point à se former, le pus fusa dans toutes les directions, l'inflammation phlegmoneuse gagna d'étendue et de profondeur, dépassa le genou, et fut bientôt accompagnée de graves symptômes du côté de l'encéphale et des voies digestives; la gangrène continua à faire des progrès, et, quoique le navire fût en travers du banc de Terre-Neuve, ou le froid se faisait vivement sentir, le sphacèle du membre survint, et le malade succomba.

Cet exemple et nombre d'autres que je pourrais citer, si je ne craignais de donner trop d'étendue à ce mémoire, prouvent d'une manière évidente qu'aussitôt que le mal se déclare, on doit y apporter un prompt et efficace remède, sans quoi le cas peut devenir mortel, surtout lorsque l'insecte est femelle.

Je n'ai jamais eu occasion d'observer si cette maladie est contagieuse ou non; mais je pense que, dans le cas où elle le serait, comme on le croit communément en Amérique, ce ne pourrait être que dans la seconde ou troisième période, époque où la pullulation a lieu. On conçoit qu'en pareille occurrence, un ou plusieurs de ces insectes peuvent s'accrocher aux individus qui seraient en contact avec le malade.

Quelques médecins des Antilles, surtout ceux qui, dans ces îles, sont chargés de la direction sanitaire des grandes sucreries, où se trouvent accumulés un nombre considérable d'esclaves, admettent que cette maladie revêt quelquefois un caractère épidémique, à certaines époques de la canicule.

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il est prudent, lorsqu'on donne des soins à un individu affecté de la chique, de ne pas oublier de se laver les mains avec du vinaigre camphré, ou, mieux encore, avec une infusion de tabac qui, dans les îles d'Amérique, est considéré comme le préservatif par excellence.

Dans le cas où l'on craindrait qu'un de ces insectes fût déjà accroché à la peau, le moyen le plus sûr de s'en débarrasser serait de laver la partie avec une solution aqueuse de sublimé corrosif, qu'on pourrait même activer par l'addition de quelques gouttes d'alcali volatil (1). Pour surcroît de précaution, il faudrait faire suivre cette lotion par un bain local, de longue durée, et qu'on aurait eu soin de préparer avec de l'eau savonneuse très-chargée. Le savon noir (ou vert), dit à la potasse, est celui qui, par l'excès de son alcalescence caustique, serait le plus convenable dans un cas de cette nature.

---

(1) Quoique la chimie nous démontre d'une manière évidente que les alcalis décomposent le deuto-hydrochlorate de mercure (sublimé corrosif), en s'emparant de l'acide hydrochlorique et mettant à nu le deutoxide de mercure, l'expérience ne m'a pas moins démontré que cette composition, ainsi préparée, jouit d'une très grande énergie pour détruire à l'instant tous les insectes sur lesquels on peut la faire agir directement. C'est surtout contre les poux du pubis (pediculus pubis) que je l'ai employée très souvent et avec beaucoup de succès.

DE LA RHINOPLASTIE.

(*Cinquième article.*)

Observation d'une rhinoplastie pratiquée dans un cas d'absence complète du nez,

par M. LISFRANC, chirurgien en chef de la Pitié.

Afin de n'omettre aucune des circonstances essentielles de cette opération, nous en emprunterons les détails au rapport fait à l'Institut, par M. Geoffroi-Saint-Hilaire, et que M. Rousset a consigné dans sa thèse, présentée en 1828, à la Faculté de Médecine de Paris. La rédaction de cette observation nous y a paru plus détaillée que dans le mémoire sur la rhinoplastie, lu par M. Lisfrane à la séance annuelle de l'Académie de Médecine, et inséré dans son deuxième fascicule, page 156.

Le nommé Jean Eval, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution, ayant fait partie du corps d'armée française qui avait pénétré au fond de la Russie, languissait depuis treize ans, victime hideuse de cette mémorable campagne; son nez y fut congelé; ses oreilles, ses pieds, le furent en partie. L'ulcère qui résulta de la chute du nez, faisant toujours des progrès, ne se cicatrisa entièrement qu'au bout de douze ans.

Voici quel était son état lors de sa rentrée en France : au milieu du visage, à la place qu'avait occupée le nez, existait une grande cavité qui communiquait dans le pharynx; l'intérieur en était d'un rouge vif velouté; les os propres du nez, une partie des apophyses montantes du maxillaire supérieur, la lame perpendiculaire de l'éthmoïde, le vomer, le cartilage triangulaire, les cornets supérieurs, moyens et inférieurs, avaient été détruits par la carie : les yeux étaient larmoyans, les paupières éraillées, les fibro-cartilages tarses un peu ulcérés; tous les cils étaient tombés. Les conjonctives palpébrales formaient un gros bourrelet saillant, rougeâtre, sur lequel coulaient les larmes, qui se répandaient sur les joues, où elles déterminaient des rougeurs et des excoriations. L'olfaction n'existait plus depuis la perte du nez. Le voile du palais avait perdu une partie de ses mouvemens.

Eval, naguère si considéré de ses compagnons d'armes, naguère si heureux, s'était, depuis 1813, retiré dans le village qui l'avait vu naître. Il y vivait séquestré de la société : sa figure était si hideuse! son aspect inspirait tant de dégoût!..... Nulle indulgence, même de la part de ses anciens amis; on s'éloignait de lui comme d'un spectacle dont on ne pouvait supporter la vue. Il était enfin repoussé de tous les ateliers, et par conséquent réduit à une extrême misère.

Le principal propriétaire du village, M. Delaborde d'Estouteville, prit pitié d'Eval; il le recueillit, le conduisit à Paris et le confia aux soins de M. Lisfrane.

Arrivé à l'hôpital de la Pitié, ce malheureux offrait un aspect si dégoûtant, qu'on fut obligé de mettre une compresse sur sa figure, afin de soustraire cette horrible mutilation aux regards des autres malades.

Quoiqu'Eval demandât instamment qu'on l'opérât, ce ne fut qu'après un mois de séjour, de désir et d'attente, qu'on se décida à entreprendre cette opération rhinoplastique si impatiemment attendue.

M. Lisfrane chargea le plus adroit de ses élèves de faire un nez artificiel pour soutenir provisoirement le lambeau de peau qui devait former le véritable nez. On enfonça la partie moyenne d'une compresse dans les fosses nasales, l'on mit ensuite dans l'intérieur de cette compresse assez de bourdonnets de charpie pour faire au devant de la face une éminence de la forme d'un nez; les bouts de la compresse furent ramenés sur la charpie et fixés par quelques points de couture.

Le malade fut ensuite conduit dans la salle d'opération, et devint de nouveau l'objet de la curiosité des nombreux élèves qui désiraient assister à cet essai rhinoplastique.

M. Lisfrane ayant trouvé ce nez artificiel trop gros, pratiqua transversalement une couture à sa base, afin de la rétrécir. Alors, prenant avec une feuille de carton, la mesure de peau nécessaire pour la formation du nez, il appliqua ce patron sur le front et traça autour, avec de l'encre, une ligne pour guider le bistouri (1). Il incisa sur cette ligne, et obtint un lambeau triangulaire dont le sommet correspondait à la racine du nez, et dont la base était dirigée vers le front. Cette dernière présentait sur la ligne médiane un appendice long d'un demi-pouce, qui avait été taillé dans le cuir chevelu, et devait former la sous-cloison du nez. La dissection fut dirigée de haut en bas, en ayant soin de laisser au lambeau, pour sa nutrition, tout le tissu lamelleux qui existe entre le muscle frontal et le péricrâne. On disséqua jusqu'au sommet du lambeau, qu'on eut soin de laisser en communication avec les tégumens de la partie médiane et inférieure du front. L'incision fut prolongée trois lignes plus bas au côté gauche qu'au côté droit, afin qu'en renversant le lambeau, son pédicule fût moins tordu, et que les vaisseaux de communication du lambeau avec le reste de la peau du front, étant moins comprimés, la circulation fût plus facile et la gangrène moins à craindre. A l'aide de cette disposition, l'incision droite, trois lignes moins étendue que la gauche, laissait adhérer le lambeau par la partie inférieure du bord seulement (2).

---

(1) Dans son Mémoire sur la rhinoplastie, M. Lisfranc propose de substituer à l'encre, dont le tracé peut être effacé par l'écoulement du sang, le nitrate d'argent fondu dont la trace noire et indélébile sur l'épiderme, met par conséquent à l'abri de tout tâtonnement. Nous avons fait observer, à l'occasion de Lanelongue, que le dessin tracé avec une bonne encre qui a du mordant, et la précaution qu'il faut avoir d'inciser de bas en haut, suffisent pour prévenir toute inquiétude à cet égard.

(2) Afin d'éviter par ce moyen, dit M. Lisfranc, la section du pédicule du lambeau, tandis que dans le cas contraire le nouveau nez ne recevant sa nutrition qu'à travers des cicatrices récentes, trop faibles et par conséquent peu vasculaires, celles-ci n'ont quelquefois pu s'opposer, pendant les froids rigoureux, à la gangrène, qui a détruit complètement le nez artificiel. Graeff a été témoin d'un pareil malheur.

M. Lisfranc fit ensuite, sur chaque côté de l'ouverture nasale, le long de ses bords cicatrisés, une incision profonde de deux lignes et demie; il en résulta une rainure assez large pour recevoir les bords du lambeau; une troisième incision fut pratiquée au bord adhérent de la lèvre supérieure, pour la sous-cloison des narines.

La plaie du front, fournissant beaucoup de sang, on y appliqua quatre ligatures; une cinquième fut pratiquée au lambeau. M. Lisfranc fit observer que l'hémorrhagie de ce dernier devait être arrêtée, pour qu'on eût moins à craindre sa gangrène; mais surtout, afin que la formation des caillots de sang ne devînt pas un obstacle à la réunion par première intention. L'hémorrhagie ayant cessé, on enleva tout le sang qui s'était figé dans les incisions et autour du lambeau; on rabattit celui-ci sur le nez artificiel, en le renversant par une légère torsion de son pédicule; enfin, on l'appliqua avec une précaution telle, que ses bords fussent enchassées dans les incisions préalablement faites autour de l'ouverture nasale, où ils furent fixés par des bandelettes agglutinatives. On ne put jamais parvenir à mettre dans l'incision transversale inférieure, le petit prolongement du lambeau destiné à former la sous-cloison des fosses nasales, sans faire sortir des incisions latérales les bords de ce lambeau. M. Lisfranc aima mieux attendre la cicatrisation complète et solide des bords du nez avec la partie interne des joues, afin d'avoir à cette époque plus de facilité à réunir la sous-cloison à la lèvre supérieure. Nous verrons plus loin qu'un second motif dut faire aussi ajourner l'insertion du bout de l'appendice à la lèvre supérieure.

Une compresse fenêtrée enduite de cérat, fut placée sur la plaie du front, dont les bords avaient été un peu rapprochés par deux bandelettes agglutinatives; cette compresse était percée de deux ouvertures au niveau des yeux. De la charpie et des compresses fines, mises par-dessus, furent maintenues par plusieurs tours de bande, disposés de manière que le nouveau nez ne fût point comprimé.

Huit jours après, la réunion s'était faite dans tout le côté droit, et seulement dans le tiers supérieur du bord gauche; elle avait manqué dans les deux tiers inférieurs, parce que la face interne ou postérieure du nouveau nez, suppurant dans tous les points immédiatement appliqués sur le moule de charpie, le pus ne trouvant point d'issue ni par les ouvertures antérieures, ni au travers des ouvertures postérieures des fosses nasales, soulevait le bord gauche du nouveau nez et empêchait son contact avec la rainure nasale correspondante. Le bord droit du lambeau (devenu gauche par le renversement de ce dernier) ne se trouvant pas en rapport immédiat avec l'incision dans laquelle il aurait dû être enchâssé, M. Lisfranc exerça sur le lambeau une légère compression pour en faciliter la réunion; mais le nez devint épaté, et le bord gauche n'en continua pas moins à sortir de l'incision dans laquelle il avait été mis, et se porta toujours en dehors. Les bandelettes agglutinatives devenant inutiles parce que le pus les décolait, on eut alors recours à une espèce de ressort qui, par son élasticité, empêcha le nez de s'élargir. Cependant la suppuration continuant à être abondante et soulevant toujours le bord gauche, la cicatrisation resta longtemps sans faire de sensibles progrès.

M. Lisfranc, voyant échouer tous les moyens tentés pour la réunion de ce côté gauche, se décida à employer la suture. Il détruisit les adhérences qui tendaient à réunir entre eux les deux côtés de la face postérieure du nouveau nez, et pour que le pus eût une issue facile, il ôta le nez artificiel, renouvela l'incision du bord gauche de l'ouverture des fosses nasales, raviva le bord correspondant du lambeau, et y pratiqua deux points de suture, en ayant soin d'embrasser assez de parties molles entre les anses du fil, pour opposer une résistance suffisante à cette force, qui tendait sans cesse à faire sortir de sa charnière ce bord gauche du lambeau.

Cette dernière opération, dit M. Rousset, *eut un plein succès : la réunion se fit dans toute l'étendue du bord gauche, qui jusque-là avait présenté tant de difficultés* (1).

Les fils de suture ne furent ôtés qu'au bout de quinze jours. Cependant la cicatrice, ne s'étant pas faite extérieurement, on employa plus tard la pommade épispastique pour excorier les parties, et les mettre dans un état convenable à la réunion, qui finit par devenir entière et solide, peu de temps après.

Enfin ce ne fut qu'un mois plus tard, que M. Lisfranc dégagea le petit appendice qui adhérait à la face postérieure du lambeau; il en rafraîchit les bords, et enchâssa son extrémité dans l'incision transversale pratiquée à la partie correspondante de la lèvre supérieure.

Cette dernière opération, extrêmement délicate, fut difficile; on passa transversalement un petit cylindre de bois dans l'ouverture antérieure des narines, derrière la fausse cloison, pour empêcher que ce petit lambeau se portât en arrière et se cicatrisât de nouveau avec la face postérieure du nez; deux petits rubans de plomb roulés sur eux-mêmes, et présentant à leur extrémité inférieure un crochet pour empêcher leur chute dans l'arrière-gorge, furent introduits, dans les fosses nasales, pour tenir leur cavité libre. La guérison ne se fit point attendre.

Eval était cependant, dans des conditions défavorables au succès de l'opération, les os constituant la charpente du nez ayant été détruits par la congélation, qui avait envahi la plus grande partie de la face; en outre la peau du front couverte d'anciennes cicatrices, devait nécessairement contenir une moindre quantité de vaisseaux, puisque ces cicatrices sont toujours moins vasculaires que la peau.

Avant que la cicatrisation fût achevée, l'olfaction était nulle, et l'on pouvait inciser et piquer avec une épingle le nouveau nez, sans qu'Eval en eût conscience. On a aussi rafraichi souvent les bords du lambeau, sans déterminer la moindre douleur, quoiqu'il coulât une assez grande quantité de sang.

Mais aussitôt que la réunion a été complète la sensibilité

---

(1) Comment accorder cette citation de M. Rousset, reproduite par M. Velpeau et autres, avec le passage suivant inséré par M. Lisfranc, dans son mémoire sur la rhinoplastie : « *Je tentai quelques points de suture qui, comme je l'avais présumé, échouèrent, parce qu'ils étaient placés en de hors, dans l'épaisseur de cicatrices anciennes et profondes ?* »

s'y est rétablie. Frappé sur le milieu du front, la sensation de ce contact était ressentie par le nouveau nez ; et *vice versâ.*

Eval a recouvré l'odorat ; ses paupières ne sont plus éraillées, ni ses yeux humides ; les larmes ne coulent plus sur les joues, sa voix a cessé d'être nasillarde, son timbre est ferme ; la plaie du front, d'abord large de trois pouces à sa base, s'est terminée par une cicatrise linéaire. Eval saisit son nez avec un mouchoir, le tire dans toutes les directions sans le moindre inconvénient, le fait jouer à droite et à gauche, et le remplit, avec sensualité, de tabac. Il ne possède donc pas un simple simulacre de nez, mais un nez réel.

En terminant son mémoire sur la rhinoplastie, M. Lisfranc fait observer « que, d'après les modifications qu'il a apportées à cette opération, il a refait un nez presque à l'état normal ; qu'il a rendu au malade le sens de l'odorat ; que sa voix est devenue plus sonore et a cessé d'être nasillarde ; qu'enfin cette restauration de nez a encore guéri Eval d'une double tumeur lacrymale. »

Il semblerait, d'après cette observation, que la modification la plus importante que M. Lisfranc ait apportée dans la rhinoplastie indienne par le procédé des Koomas, consiste à éviter la torsion et la section du pédicule du lambeau qui, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, est l'unique endroit par où le nez reçoit la vie.

Mais, comme l'observe judicieusement M. Blandin, cette importante modification a été depuis longtemps mise en usage par M. Lallemand de Montpellier, pour la restauration de la joue et de la lèvre inférieure.

Voici en effet ce que m'écrit M. le professeur Lallemand à propos de cette opération, qu'il a pratiquée il y a une dizaine d'années. » J'ai fait, me dit-il, une moitié de joue et de lèvre inférieure, chez une petite fille qui était hideuse, ayant perdu ces parties à la suite d'une pustule maligne ; j'ai pris mon lambeau dans la peau du col, et l'ai appliqué *sans le tordre et par conséquent sans avoir besoin de couper le pédicule.* La difformité a cessé et la cicatrice ressemble aujourd'hui à une brûlure superficielle. » Certes personne ne suspectera la véracité de M. Lallemand, qui est le type des écrivains consciencieux. D'ailleurs on peut consulter, pour plus amples détails de l'observation que je viens d'indiquer, le *journal universel* des sciences médicales de cette époque.

D'après l'exposé que nous venons de faire, cette question ne saurait rester plus longtemps en litige. Nul doute que M. Lisfranc n'ait le droit de réclamer la priorité pour l'application de ces principes à la rhinoplastie indienne par le procédé des Koomas, mais il ne saurait en revendiquer la découverte, puisque ce n'est qu'une imitation de l'opération *cheiloplastique* (1) du professeur Lallemand.

D'après cela, on ne saurait disconvenir que, puisque M. Lisfranc n'est pas en droit de revendiquer la découverte de ce mode opératoire, qui a été employé à Montpellier depuis plus de dix ans, on ne doit pas non plus l'attribuer à M. Blandin. C'est donc par inadvertance que M. Arnol a inséré dans un article du *Journal hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, juillet 1832, *que la modification apportée dans la rhinoplastie, par M. Blandin, consiste à ne pas couper le pédicule du lambeau.*

Le procédé de ce dernier opérateur consiste, comme dans celui des Koomas, à prolonger également en bas les deux incisions latérales du lambeau ; à laisser adhérer celui-ci par sa pointe, à le rabattre en bas, après avoir tourné son pédicule sur son axe et dirigé ainsi sa face cutanée en dehors ; *à coller plus tard le pédicule du lambeau sur les os propres du nez, après avoir enlevé la peau qui les recouvrait.*

Il compte donc deux temps distincts : 1° l'agglutination des bords du lambeau à la base du nez ; 2° l'ablation de la peau de la racine du nez, et agglutination du pédicule du lambeau, sur les os propres du nez. Le second temps ne doit être exécuté que vingt ou trente jours après le premier, afin de conserver, jusqu'au moment où l'agglutination des parties sera entière, les vaisseaux sanguins qui, de la peau de la racine du nez, remontent dans le pédicule du lambeau.

Il est évident, observe l'auteur d'un article rhinoplastique inséré dans la *Gazette médicale* du 11 mai 1833, *que le procédé de M. Lisfranc expose à une torsion bien moindre, par conséquent à une difformité moins considérable et à de moindres chances de gangrène. M. Blandin fait valoir la conservation des deux branches frontales des artères ophthalmiques ; mais M. Lisfranc les garde aussi bien que lui. Enfin il faut ajouter que l'avantage de la conservation du pédicule, pour la nourriture du lambeau disparaît presque en entier dans le procédé de M. Blandin, lorsqu'il enlève les tissus sous-jacens au pédicule et lui laisse à peine, de chaque côté, une très mince languette d'adhérence naturelle à la peau du front.*

En résumé, la modification de M. Blandin consiste à réunir le pédicule du lambeau aux os du nez, tandis que, dans le procédé de M. Lisfranc, il y a une portion de la peau du pédicule, qui repose sur une surface cutanée où elle ne peut contracter adhérence.

Je ferai remarquer à MM. Lisfranc et Blandin, qu'à l'aide de mon procédé, j'ai l'avantage de terminer l'opération en une seule séance, parce que je n'ai nul besoin du gros tampon artificiel, qui oblige de différer l'implantation de la cloison nasale sur la lèvre inférieure, et que rien ne me démontre la nécessité du greffement postérieur du sommet du lambeau, qui nécessite la dénudation de toute la peau qui recouvre les os du nez. D'ailleurs comment pourrait-on faire l'application de ce dernier principe, dans le cas où il y aurait absence complète de ces parties osseuses, comme chez Eval et Lanelongue ?

M. Arnal fait encore remarquer à M. Lisfranc qu'en enfonçant dans les fosses nasales une compresse remplie de charpie pour former un soutien nasal, il s'expose à tailler le lambeau trop court pour recouvrir la proéminence nasale qu'il vient d'établir. Dès-lors, soit que l'on ait recours à la suture ou aux bandelettes agglutinatives, on ne peut obtenir

(1) Dérivé de *cheilos* lèvre, et *plattein*, former ; ou régénération de la lèvre.

une exacte réunion, parce que, dans le premier cas, les fils couperaient la peau, et parce que, dans le second, les bandelettes seraient impuissantes pour maintenir les parties en contact immédiat. Encore une fois, ajoute M. Arnal, il serait difficile de rencontrer juste les dimensions que doit avoir le lambeau pour recouvrir exactement l'éminence offrant la forme du nez. Il y a plus, c'est que la contractilité du lambeau étant sujette à varier, on ne saurait, *à priori*, en calculer toute l'étenduc ; en conséquence l'on ne peut compter sur l'exacte proportion de ce moule. S'il est trop petit, on aura pris une peine inutile en le construisant, puisqu'on sera obligé d'introduire de nouveaux bourdonnets de charpie. S'il est trop grand, il faudrait, pour retirer la charpie, découdre la compresse, et c'est ainsi que l'on prolongerait une opération qui, par elle-même, n'est déjà que trop longue. Mais le vice radical de ce nez de charpie, c'est que l'on ne peut le retirer qu'après la réunion très avancée des bords du lambeau et qu'il n'est possible de s'occuper de la cloison nasale, qu'après avoir fait disparaître ce soutien artificiel. Or, voici, ajoute M. Arnal, la conséquence de ce retard : c'est que la cloison revient fortement sur elle-même; la suppuration en détruit une partie, et par ces deux causes réunies, elle se trouve trop courte lorsque le temps est venu d'en faire la réunion. Enfin, en admettant même qu'on parvînt à l'établir, ce ne serait jamais qu'aux dépens de la régularité du nez, car cette cloison, si tardivement implantée sur la lèvre, ne pourrait qu'affaisser l'extrémité nasale.

En effet, nous venons de voir que la plupart de ces inconvéniens ont eu lieu chez le nommé Eval, ce qui a augmenté et prolongé les difficultés de l'opération; aussi, M. Lisfranc convient-il qu'il a eu grand'peine à établir sa sous-cloison, qui s'était raccourcie et avait contracté adhérence avec la face postérieure du lambeau ; que l'agglutination du bord gauche s'est longtemps fait attendre, et qu'il n'a pu l'obtenir qu'au moyen d'un ressort à compression, de points de suture, et même en faisant usage de la pommade épispastique.

M. Delpech, qui avait également fait l'essai d'un moule de nez, préparé avec une espèce de mastic, eut bientôt reconnu tous les inconvéniens que nous venons de signaler, ce qui lui en fit abandonner l'usage. Aussi, M. le docteur Caron du Villards, l'un des élèves destingués de M. Lisfranc, m'a-t-il assuré que ce dernier avait fini par abandonner l'emploi de ce tampon de charpie.

Au reste, pour mieux compléter le parallèle des trois procédés que nous venons d'exposer, nous allons rapporter aussi succinctement que possible l'opération rhinoplastique, pratiquée, l'an dernier, par M. Blandin, et dont M. Arnal a inséré l'intéressante observation dans le *Journal hebdomadaire*, juillet 1832.

Durant la terrible mêlée de Waterloo, le nommé Gressan reçut, de la main d'un Anglais, un violent coup de sabre, qui lui emporta la totalité du nez, et lui coupa presque entièrement la lèvre supérieure. Le coup fut si vigoureusement appliqué, que les cinq dents moyennes de l'arcade dentaire supérieure furent détachées avec une partie de la portion antérieure de leurs alvéoles respectives. Cependant, malgré cette énorme blessure, et la grande quantité de sang qui s'écoulait, Gressan tint bon, et, sans s'inquiéter de son nez, qui était tombé à ses pieds, il eut encore assez de forces pour donner la chasse à son meurtrier, qu'il atteignit, et par la mort duquel il tira vengeance de la cruelle perte qu'il venait de faire.

Gressan, conduit à l'hôpital, quelques points de suture furent appliqués à la lèvre supérieure, qui pendait au-devant de la bouche. Les deux angles étant restés adhérens, et recevant encore les artères coronaires, la lèvre se trouva dans les conditions les plus favorables pour une réunion prompte et facile. En effet, cette agglutination fut complète en très-peu de temps; mais le nez manquait en totalité. Pour remédier à cette hideuse difformité, le malade se fit faire un nez d'argent, qui, d'abord, l'incommoda beaucoup : il finit cependant par s'y habituer.

Quelques années plus tard, un chirurgien distingué de Rouen ayant proposé à Gressan de remplacer son nez postiche, par un nez en nature, lui pratiqua une espèce de rhinoraphie, à peu près semblable à celle dont parle Galien, et que nous avons mentionnée au chapitre *Rhinoplastie des anciens*.

Il tailla, à partir de la racine du nez, et le long de la partie latérale de chaque pommette, un lambeau de peau, qui, avivé et disséqué, fut rapproché du côté de celui opposé, sur la partie moyenne du nez. La réunion eut lieu ; mais d'après l'avis du malade, la difformité fut pire qu'avant l'opération.

C'est dans des circonstances aussi peu favorables, que M. Blandin vint à le rencontrer, et proposa de lui faire un nouveau nez, mieux raccoûtré ; mais le premier essai avait été si peu encourageant qu'il fut difficile de déterminer Gressan à une nouvelle tentative. Cependant M. Blandin lui ayant présenté un individu qu'il avait opéré avec succès, l'échantillon lui plut et le décida à l'instant.

Nous ne nous arrêterons point à décrire minutieusement la matière dont M. Blandin a procédé, ce serait tout-à-fait inutile. Il a agi comme dans tous les cas où la peau du front est empruntée, pour être rabattue sur l'emplacement du nez qu'elle doit remplacer. Il nous suffira donc de rapporter les circonstances principales de cette opération.

La dissection du lambeau frontal, rapporte M. Arnal, fut faite de manière que le renversement sur lui-même s'effectuât facilement, et dispensât plus tard de couper le pédicule adhérent, sans qu'on eût, du reste, à redouter trop de difformité. Après avoir fait tourner le lambeau sur son axe, et dirigé ainsi sa face cutanée en dehors, on appliqua ses bords sur des incisions pratiquées à la base de l'ancien nez, et l'on fit les points de suture qui furent jugés convenables. On procéda ensuite au pansement convenable; mais nous en dirons peu de chose, parce qu'il peut varier, suivant le but que se proposent les opérateurs et suivant leur degré d'habileté.

Une circonstance particulière, et qu'il convient de noter, c'est qu'à peine le lambeau fut-il disséqué que l'appendice, qui est le point le plus éloigné de l'adhérence, qui devait former la cloison nasale, devint le siége d'une hémorrhagie assez abondante. C'était une garantie rassurante que le lambeau portait avec lui tous les élémens nécessaires à sa nutrition.

La plaie du front fut pansée à plat et comme une plaie

simple; un petite compresse graduée, dont on devine facilement l'effet, fut appliquée le long de chaque côté du nouveau nez; chacune d'elles était maintenue par une bandelette de diachylon, qui partait du front, et se croisait sous le nez, de manière que la gauche était dirigée vers la commissure droite des lèvres, et la droite vers celle du côté gauche. En même temps une autre bandelette correspondait vers le milieu de sa longueur à la base du nez, et venait croiser ses deux extrémités au niveau de la région moyenne du front. Elle avait pour effet de maintenir relevée cette portion du nez, qui tend continuellement à s'affaisser et de permettre à cet organe, de se consolider en conservant la forme la plus naturelle. M. Blandin plaça dans chaque narine des boules de charpie, qu'il maintint au moyen de la dernière bandelette de diachylon, dont nous venons de parler.

Les premiers jours qui suivirent l'opération, l'inflammation fut vive, la réaction profonde et violente. Un délire presque furieux s'ensuivit: des saignées copieuses et fréquemment réitérées, ainsi que tous les autres antiphlogistiques énergiques, eurent bientôt raison de ces symptômes menaçans. En peu de temps le calme fut revenu et la plaie du front rentrée dans des conditions favorables à une facile cicatrisation.

Les points de suture ne furent suivis d'aucun accident, et la réunion du lambeau eut lieu aussi promptement qu'on y avait compté.

Cependant, environ un mois après l'opération, sans cause connue, et au moment où l'on s'y attendait le moins, un érysipèle se manifesta à la pommette gauche; il gagna promptement en étendue, et ne tarda pas à arriver au niveau de la réunion du nouveau nez. L'intensité et la rapidité de cette inflammation firent craindre un instant pour celui-ci : il fut atteint en effet; la rougeur et la tuméfaction s'en emparèrent; mais un traitement bien dirigé parvint facilement à dominer l'inflammation. Cette complication si redoutable n'eut aucun fâcheux résultat.

La torsion que le pédicule avait éprouvée par suite de renversement, n'ayant pu permettre le contact immédiat, à partir de ce point d'adhérence, jusqu'à un demi-pouce environ en allant vers la base du nez, cet espace ne put se réunir. C'était à cet endroit, comme on le sait, que les chirurgiens rhinoplastes pratiquaient la section du pédicule, lorsqu'ils avaient acquis la conviction que l'agglutination étant complète, le lambeau n'avait plus besoin, pour vivre, du secours des vaisseaux qui provenaient du pédicule.

M. Blandin, qui était pleinement convaincu des inconvéniens de cette section, s'en dispensa et procéda de la manière suivante, pour effacer l'espèce d'arcade formée par cette torsion du pédicule. Il avisa, à l'aide du bistouri, la portion des bords du lambeau qui, à cause de son éloignement, s'était cicatrisée sans avoir pu contracter adhérence avec la partie correspondante de la peau, située sur chaque apophyse montante des maxillaires supérieurs. Il aviva aussi, ajoute M. Arnal, cette dernière partie des tégumens, et cela fait, ces bords saignans furent maintenus en contact, au moyen d'un bandage légèrement compressif. Peu de jours après, la réunion fut parfaite, et le succès complet.

L'exposition que nous avons faite des trois procédés rhinoplastiques, applicables aux cas d'ablation complète du nez, offrent, sans doute, des circonstances notables qui les différencient entre eux; mais comme il ne nous convient pas de décider lequel des trois mérite la préférence, puisqu'ils ont tous réussi, le premier, sur le nommé Lanelongue; le second, sur Eval, et le troisième enfin, sur le soldat de Waterloo, nous avons jugé convenable de rapporter avec impartialité ces trois observations, afin que le lecteur pût faire choix du procédé opératoire qui lui paraîtra le plus complet, et par conséquent le plus susceptible de faire obtenir d'heureux résultats. Une dernière réflexion que je ferai à cet égard, c'est qu'il faut bien se rappeler qu'après une première opération très douloureuse, les malades ont en général une répugnance excessive pour en supporter une seconde, si minime qu'elle soit, et quels que puissent en être les avantages. Mon opéré Lanelongue était dans cette disposition morale, de telle sorte qu'il fallait à chaque pansement le rassurer sur ce point important.

Exposé des principes de la doctrine homœopathique;

Par M. JAUGER,

Docteur en médecine de Paris.

En lisant le discours préliminaire qui se trouve en tête du numéro de janvier 1833, *Journal des Annales de la médecine pathologique*, j'ai éprouvé une grande satisfaction en voyant le réformateur de la médecine française proclamer que l'homœopathie ne peut être réfutée, si elle est une erreur, que par l'expérience. Ce principe de tolérance, vraie condition du progrès, émis par un homme aussi distingué, m'est un sûr garant que l'homœopathie sera soumise à des recherches exactes et consciencieuses, et que bientôt, en France, on saura l'apprécier à sa juste valeur. Cet espoir m'engage à développer ici quelques principes avancés par la doctrine d'Hahnemann qui paraissent être encore peu compris en France; ce dont au reste il n'y a pas lieu de s'étonner; car ces principes paraissent au premier examen si bizarres, et d'ailleurs se réalisent dans la pratique par des moyens tellement extraordinaires, qu'il est impossible à un esprit sévère de les accepter sans un contrôle exact.

Pour bien comprendre la loi thérapeuthique nouvelle, proclamée par cet auteur, il est essentiel de se rappeler qu'il existe dans l'homme, ainsi que dans tout être vivant, une loi fondamentale et constitutive de toute vie. C'est la loi de conservation et de développement, loi en vertu de laquelle tout être vivant attire à lui, s'assimile ce qui lui est hétérogène. Dans toute maladie, cette loi est mise en jeu, et fait effort pour constituer l'équilibre rompu par le mouvement désordonné de l'organisme. Il est nombre de cas où cette force innée à l'organisme suffit pour ramener la santé. Toutefois, il faut reconnaître que cette force médicatrice de la nature n'est efficace qu'autant que le désordre ne dépasse pas certaines limites, et qu'il est des circonstances malheureusement trop fréquentes, où elle n'agit plus que d'une

manière aveugle et impuissante. Alors la vie est en danger, et un secours étranger devient nécessaire. Ici commence le domaine de l'intelligence et de la science, qui pose les règles thérapeutiques. De sorte que la science n'intervient que pour aider les efforts de la nature, une fois que celle-ci, abandonnée à ses propres forces, est devenue impuissante.

Voyons quelles ressources a trouvées l'intelligence, et quelles sont les lois scientifiques qu'elle pose.

D'abord, elle établit des règles diététiques, qui ont pour but de diminuer l'activité de la vie par le repos des organes, la soustraction ou diminution des substances assimilables, et même celle du sang ; je considère la saignée comme un moyen diététique, ayant une influence pour ainsi dire rétroactive; elle n'est que l'exagération de la diète, en ce sens qu'elle diminue les substances déjà assimilées, tandis que celle-ci n'impose que la privation des alimens à assimiler. Le but du régime diététique est théoriquement très logique, et pratiquement très salutaire. En effet, si l'on reconnait que tout mouvement de la vie, celui de la vie de l'homme comme celui de tout agent moteur, peut produire des effets favorables, tant que le développement est régulier; et nuisibles, lorsque ce développement devient irrégulier, il est évident qu'on fait bien de nourrir, de fortifier l'agent moteur, dans le premier cas, pour attirer la production du bien; et au contraire, de l'affaiblir, de diminuer sa puissance, dans le second cas, pour diminuer le désordre et empêcher l'aggravation du mal. Hahnemann reconnait le grand principe et la nécessité du régime diététique, tout en affirmant que l'on n'aide par ce moyen la nature que d'une manière négative, et non pas positive.

Pour influencer positivement la vie, qui a pris un développement désordonné et irrégulier, la thérapeutique indique plusieurs procédés. Jusqu'à Hahnemann, il n'y avait que deux de ces procédés bien connus et généralement pratiqués ; c'étaient le procédé des contraires, qui avait pour but de provoquer dans la partie affectées un mouvement opposé à celui qui y existe d'une manière désordonné et le procédé de révulsion, qui attire et exalte l'activitée sur une partie éloignée de l'organe malade. Le procédé des contraires ou antipathique, qui comprime le mouvement désordonné, peut certainement devenir utile, en ce que, assoupissant le désordre, il donne à la force médicatrice de la nature le temps et la facilité de rétablir l'équilibre. Mais si cet effet ne se produit pas, l'action comprimée réagit avec plus de force et le mal augmente ; témoin certaines douleurs nerveuses qui, assoupies momentanément par l'opium, reviennent avec plus d'intensité ; témoin encore les purgatifs qui, dans certaines circonstances, ne provoquent momentanément les selles que pour rendre la constipation plus opiniâtre. Le procédé de révulsion, ou allopathique, aide également le travail d'équilibration, en ce qu'il tend à diminuer la concentration du désordre local, en appelant l'activité sur une partie éloignée. Cette utilité est réelle sans doute dans certains cas, mais que de fois n'arrive-t-il pas que l'irritation révulsive tourne au profit du désordre qu'on combat ? Ces deux procédés positifs combinés avec perspicacité et aidés du procédé négatif ou diététique, peuvent donc, dans beaucoup de cas, intervenir d'une manière efficace, pour rétablir l'équilibre de la santé. Je citerai en preuve les succès de la doctrine physiologique, qui, basée sur des principes de pathologie exacts et vrais, a su tirer un si grand avantage de nos trois procédés.

Toutefois, l'on ne peut pas nier que, malgré cette réforme si importance, il restait toujours nombre de cas de maladies en dehors de la puissance thérapeutique, et que d'un autre côté, l'on opérait souvent des guérisons qui ne pouvaient nullement être expliquées par les deux lois thérapeutiques alors connues ; l'esprit, en essayant de se satisfaire, est tombé dans les illusions de la spécificité ; évidemment ce mot est vide de sens, et ne fait que marquer notre ignorance. Pour en sortir, il fallait une découverte ; Hahnemann l'a faite.

La formule de la loi thérapeutique homœopatique n'est pas le produit d'une imagination fantastique; c'est le fruit de travaux longs, pénibles et consciencieux ; c'est le résultat pur de l'observation et de l'expérience. Aussi Hahnemann, pour faire juger sa découverte, ne fait-il pas appel aux hommes de théorie : il s'adresse aux praticiens, il les engage à faire comme il a fait, et il leur promet les résultats que lui-même a obtenus, et qu'il continue à obtenir. J'ai suivi ses conseils, j'ai étudié sa doctrine, et j'ai fait des essais consciencieux ; bientôt les résultats m'ont convaincu de toute la vérité de la loi homœopathique, de sorte que je suis persuadé que tout homme de bonne foi, ayant les connaissances nécessaires, s'il répète les expériences, partagera facilement ma conviction.

Si l'on considère théoriquement le principe homœopathique, certes à un premier examen il présente quelque chose d'insolite, de paradoxal. En effet, ce principe est l'antithèse complète des deux lois thérapeutique et allopathique. Ces deux dernières lois ont toutes deux pour but d'affaiblir le mal dans son siége ; l'une directement par compression ou opposition ; l'autre par diversion ou révulsion, afin de laisser à la tendance de la nature le soin de rétablir l'équilibre, le temps d'opérer ; tandis que l'homœopathie enseigne d'aller exciter ou impressionner la partie malade, afin de solliciter la réaction de la nature. La différence entre ces procédés est que, par l'effet des deux premières, on atténue les obstacles qui s'opposent à la réaction ; ces obstacles diminués, la réaction devient possible, et on la laisse se développer ; l'homœopathie, au contraire, sollicite directement la réaction, en irritant l'organisme, en l'humiliant pour ainsi dire par l'aggravation du mal ; le médicament homœopathique réveille en lui une nouvelle énergie qui réagit contre le désordre, et rétablit l'équilibre.

Indépendamment de son principe, l'homœopathie se présente encore sous un aspect bizarre, par les doses de médicamens qu'elle emploie, et je conçois que l'esprit le plus crédule commence à douter, quand on lui affirme que des maladies graves, et par leur intensité et par leur durée, pourraient être guéries par des décillionièmes de grain d'un médicament ; sans doute le fait serait difficile à comprendre, s'il s'agissait d'une quantité matérielle pure. Mais la nouvelle doctrine distingue dans tout corps médicamenteux deux sortes de substances : l'une dynamique, agent impulsif ; l'autre matérielle, contenante, coërcitive. Tant que le corps médicamenteux est dans son état naturel, la puissance dynamique ne peut se développer : elle est comprimée, renfermée

dans une enveloppe plus ou moins compacte, qu'il s'agit de briser. La préparation spéciale du médicament homœopathique a pour effet de dégager, de rendre libre l'agent dynamique; celui-ci se trouvant dans son état de pureté et de liberté, adhérent à un corps inerte qui sert de véhicule, peut être mis en contact immédiat et intime avec l'organisme, qui en ressent l'effet dans toutes les ramifications nerveuses. En considérant le médicament sous ce point de vue, il est évident qu'on ne peut plus dire qu'on administre telle fraction d'un grain; car cette dénomination ne peut s'appliquer qu'aux quantités matérielles; la dénomination par millionième, billionième, etc., me paraît très vicieuse, en ce qu'elle donne une idée fausse de la nature des médicamens. Il conviendrait peut-être plutôt de dire : agent médicamenteux, dégagé par tel degré de division ou d'atténuation. Je sais que ces idées seront peu senties par la préoccupation des esprits pour les quantités matérielles; cette préoccupation explique fort bien le défaut de croyance à l'action des doses, telles que les emploie l'homœopathie. Mais quelle que soit cette préoccupation, il faudra bien que l'esprit accepte et reconnaisse le fait.

Cependant l'explication qui se donne ne paraîtra pas dépourvue de vraisemblance, si l'on considère qu'il existe d'autres agens immatériels bien reconnus, et d'une très forte puissance. En effet, ne voyons-nous pas tous les jours les effets extraordinaires de l'électricité, du magnétisme minéral, du magnétisme animal? Ne voyons-nous pas que l'agent électrique peut être dégagé, par frottement, du corps qui le contient, sans qu'il entraîne une seule molécule matérielle de ce corps? de même un morceau de fer, non-magnétique, n'est-il pas aimanté par le contact d'un autre aimant, sans que celui-ci perde de sa quantité matérielle? Enfin l'homme qui possède la puissance magnétique ne peut-il pas déposer temporairement cette puissance sur une étoffe, un liquide? pourquoi alors refuser d'admettre que la préparation spéciale des médicamens, par friction et grande division, puisse dégager du corps médicamentenx l'agent dynamique, qui y est latent? Pourquoi ne pas croire que cet agent, une fois dégagé, puisse être conservé par adhérence à un nouveau corps neutre, qui lui sert de véhicule, de même que l'agent électrique, par exemple, est accumulé et conservé dans la bouteille de Leyde?

J'avance que c'est là l'explication qui me paraît la seule vraisemblable; toute autre, tendant à donner une explication de l'action des médicamens qu'aurait l'homœopathie, par la puissance d'une quantité matérielle, me paraît impuissante.

BIBLIOTHÈQUE
HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

AOUT ET SEPTEMBRE 1833.

SUR LA CAMOMILLE.

L'une des plus grandes obligations qu'aient la science et l'humanité au savant inventeur de la doctrine de l'*homœopathie*, est sans contredit d'avoir fait connaître que les remèdes les plus actifs, les plus utiles dans une foule de cas, se trouvent parmi les substances les plus vulgaires, parmi les végétaux les plus communs; en sorte que la nature se montre bien plus généreuse qu'on ne s'en était douté jusqu'à ce jour, dans la distribution des moyens de réparer les désordres qui résultent, soit des accidens physiques et moraux, soit des abus et des excès de la vie sociale.

Ceci peut être dit à bon droit à l'occasion de la *camomille*, dont je vais m'occuper; ceux de mes lecteurs qui n'auront encore fait qu'une connaissance incomplète avec la doctrine homœopathique et ses admirables effets, seront certainement surpris en voyant avec quelle simplicité de moyens on peut maintenant secourir des malades de tout sexe et de tout âge, atteints ou subitement, ou depuis très longtemps, de maux qui paraissaient au-dessus du pouvoir de l'art de guérir.

Déjà HARTMANN, de Leipzig, a publié un travail spécial sur ce sujet; j'en profiterai, et j'y ajouterai quelques exemples tirés de ma pratique.

C'est de la *camomille des champs, matricaria chamomilla*, que le médecin homœopathe doit se servir: la plante entière, prise au moment de sa floraison, doit être pilée et pressée; le suc qu'on en obtient est mêlée avec partie égale en poids d'alcool du commerce; on laisse reposer ce mélange pendant huit ou dix jours, on décante ou l'on filtre, et l'espèce de teinture limpide qui résulte de ce travail forme la provision, qui se garde sans s'altérer. HAHNEMANN prescrit d'amener cette teinture à la *douzième* atténuation, et il a trouvé qu'*une* seule goutte était souvent une dose trop forte, suivant la sensibilité des sujets; j'ai fait la même remarque.

L'effet de la solution de teinture de *camomille* prise en petites doses est de peu de jours; il en dure davantage si la dose est un peu forte.

Lorsque l'excès ou l'abus de cette substance a produit des accidens, c'est-à-dire des symptômes exagérés, on arrête très promptement ceux-ci avec la décoction de *café cru*, ou avec une goutte de solution, soit d'*ignatia*, soit de *pulsatilla*; s'il survient des douleurs déchirantes et de tiraillement, lesquelles diminuent par l'exercice et le mouvement, l'*aconit* en est le remède. D'autre part, si l'abus du *café*, chez les personnes qui n'y sont point habituées, produit quelques accidens, c'est dans la solution de *camomille* qu'on doit en chercher l'antidote.

En général, la *camomille* est donée de la propriété, lorsqu'elle est homœopathiquement administrée, de diminuer la sensibilité vis-à-vis de la douleur, et la vivacité des affections de l'esprit qui en résultent; on parvient aussi avec *elle* à rendre moins graves les inconvéniens qui résultent de l'abus du café et des palliatifs narcotiques, dont la médecine allopathique fait un si fréquent et si fâcheux usage; mais on ne doit pas l'employer pour les personnes qui supportent les douleurs avec calme et patience; HAHNEMANN met beaucoup d'importance à cette observation.

D'après ce qui précède, on conçoit que la *camomille* offre beaucoup de ressemblance dans son action médicale avec l'*ignatia*, en particulier, dans tous les cas de surexcitation du système nerveux, et de disposition exagérée de l'esprit à croire à l'existence de maladies internes; avec le *café* en ce que celui-ci modère la sensibilité excitée par des attaques ou accès de douleurs peu graves; avec la *pulsatille*, en rapport avec le tempérament et le caractère, aussi bien que la faiblesse antécédente de l'estomac et des intestins; avec l'*aconit* surtout dans les affections rhumatiques qui revêtent un caractère subinflammatoire.

La *camomille* est remarquablement adaptable aux maladies de l'enfance, et elle lutte, à cet égard, d'utilité avec la *belladone*. Tandis que celle-ci semble mieux répondre au système cérébral et aux maladies qui, dans le jeune âge,

l'affectent fréquemment, la première paraît avoir une action directe sur le système ganglionaire, et produit, soit dans l'enfance, soit dans l'âge adulte, du trouble dans les organes abdominaux.

Après ces généralités propres à diriger le choix du praticien dans certains cas non prévus ou non désignés, je passe à l'exposition des maladies dans lesquelles on peut et on doit employer la *camomille* avec l'espoir du succès le plus assuré.

Fièvres. — La *camomille* possède une force antipyrectique, en particulier, dans les fièvres intermittentes où il y a frisson, puis chaleur extérieure et inférieure. Dans les maladies où la fièvre a le caractère de *synoche* ou fièvre dite inflammatoire, il est rare que la *camomille* soit le remède indiqué; mais son action est des plus heureuses lorsque la fièvre offre les signes du typhus, qui accompagne assez souvent les affections gastriques ou bilieuses.

Première observation. — La femme d'Antoine H. se plaignait de ce qui suit: défaut d'appétit, envies de vomir, amertume de la bouche, déchiremens dans les membres et dans le corps, frissons et sensibilité à l'air frais, ce qui la forçait à rester bien couverte dans son lit, quoique la saison ne fût pas rigoureuse; après le frisson, chaleur et sueur d'une odeur aigre, soif ardente, tête faible, dyspnée, agrypnie et agitation nocturne. — Une seule goutte de *cham* IV rendit le repos, le sommeil, l'odeur naturelle de la transpiration et le bien-être le plus complet.

La *camomille* ne peut être remplacée par aucun autre moyen dans ces espèces de fièvre bilieuse, qui ont été amenées ou produites par un violent accès de colère ou par un chagrin subit, qui peut même mettre la vie en danger.

Deuxième observation. — Un paysan avait une fièvre intermittente; dans une intermission il se fâcha très fortement; l'accès suivant fut remplacé par un très violent vomissement de bile, avec diarrhée et coliques, qui faisaient pousser au malade les hauts cris. A l'arrivée du médecin, cet état durant depuis trois heures de temps, le malade ne pouvait plus, tant il était harrassé et affaibli, ni parler, ni même se plaindre de la voix, et il était réduit à indiquer par signes que ses douleurs avaient leur siége au ventre; cependant il ne cessait de faire d'infructueux efforts pour vomir. — Une petite dose de *cham*. $\frac{0}{4}$ fit disparaître en un quart-d'heure tous ces accidens. Une forte petite dose de *nux* administrée le soir du même jour, arrêta complètement la fièvre intermittente, qui ne reparut plus.

Troisième observation. — Une femme de 34 ans, de constitution robuste, fut exposée presque chaque jour, pendant deux semaines, à se fâcher. Les premiers jours, elle ne ressentit que des douleurs déchirantes dans les tempes; mais dans les derniers jours où sa colère fut la plus forte, il se manifesta tout d'un coup du frisson suivi de chaleur, puis une cohorte de symptômes qui la forcèrent à s'aliter, et jetèrent ses parens dans la plus grande crainte sur sa vie. Après quelques remèdes allopathiques inutiles, le médecin homœopathe appelé trouva la malade dans l'état suivant.

Douleurs déchirantes et contondantes, presque insupportables au côté gauche de la tête et de la face, surtout à la tempe, au front, à l'œil gauche et aux parties voisines; — lorsque la malade cherche à s'asseoir dans son lit, il survient un vertige et une obscurité totale devant ses yeux; lorsqu'elle est couchée, elle voit des étincelles; — chaleur interne et externe telle que la malade ne peut supporter les couvertures; — soif pour l'eau froide; — langue très rouge et fendillée; chaleur brûlante à la langue, dans toute la bouche, au gosier, à l'œsophage et jusque dans l'estomac; — haleine fétide; goût amer; — malaises, et nausées continuelles; — anorrexie complète; renvois acides; — angoisse, plénitude et distension à l'épigastre; — douleurs déchirantes à l'abdomen; — constipation depuis deux jours; — urine jaunâtre avec sédiment floconneux, qui brûle l'urètre en sortant; — pouls rapide, petit et inégal; — sueur douce continuelle; — resserrement de la poitrine, et points en faisant une inspiration; — soupirs; — inquiétude, agitation, angoisse; la malade se jette de côté et d'autre; — voix faible et gazée; — toux jour et nuit, avec crachats muqueux, épais, amers et fétides; — sommeil presque nul; si la malade s'endort un moment, elle est tourmentée par des rêves angoissans et effrayans; elle voit devant elle des objets horribles, et elle s'en épouvante.

La plus grande partie de ces symptômes se rencontrant dans le tableau formé par Hannemann de ceux qui sont produits par l'usage de la *camomille*, et la maladie étant le résultat de chagrins et de dépits répétés, il fut donné à la malade une goutte de *cham*. IV. Pour boisson on choisit l'eau pannée; et comme la malade se plaignait beaucoup de la constipation, on lui administra un lavement d'eau et de lait.

Une demi-heure après celui-ci, la malade eut une évacuation; mais une heure après le remède (*cham.*), c'est-à-dire depuis 9 heures du soir jusqu'à 3 heures du matin, l'état empira tellement que la malade se désespérait; c'était une marque certaine que la dose, administrée par le médecin, avait été beaucoup trop forte pour le cas actuel, et que son action homœopathique primitive avait dépassé la limite de la médication. Toutefois, après 3 heures, l'amélioration commença; elle dura toute la matinée, et ce ne fut que dans l'après-midi que l'état de la malade parut empirer. Cependant la nuit suivante fut beaucoup meilleure que la précédente, et même que le jour d'avant.

Le second jour, après le remède, la malade se trouva mieux, au point d'en être surprise; elle put s'asseoir dans son lit sans éprouver de vertige; la chaleur, la soif, l'ardeur de la bouche et du gosier avaient cessé; la langue avait repris sa couleur naturelle; l'appétit reparaissait, et le goût n'était que légèrement amer; le malaise ne se faisait sentir que l'après-midi; l'angoisse de l'épigastre, les douleurs du ventre avaient cessé; les évacuations étaient naturelles; l'ardeur de l'urètre n'existait plus; le pouls était normal, la toux rare, les crachats diminuaient; l'angoisse de poitrine, l'anxiété avaient disparu, et la nuit suivante, la malade jouit d'un sommeil rafraîchissant de 5 heures.

Le troisième jour, à l'exception d'un peu de toux, elle se trouva bien et sortit de son lit.

Le quatrième jour, il revint du malaise, de l'amertume, de l'anorrexie, des renvois bilieux, des élancemens dans le front. Ces symptômes cédèrent à une goutte de *pulsatille* IV, et trois jours après, la malade fut entièrement rétablie.

Cette observation, que j'emprunte à l'excellent homœopathe SCHUBERT, est un modèle, soit pour le tableau des symptômes, soit pour le choix des médicamens, soit pour l'exposition des effets primitifs et secondaires de ceux-ci ; elle démontre avec quelle facilité et quelle parcimonie de remèdes peuvent se traiter et guérir les maladies les plus graves, lorsque le médecin sait choisir le remède qui y correspond exactement.

Quatrième observation.—HARTMANN fut appelé auprès d'un homme de 36 ans, qui avait été exposé à de fréquens chagrins, d'où était résultée une fièvre bilieuse aiguë. En deux fois 24 heures, la *camomille* emporta le mal, qui reparut avec le même degré d'acuité à un nouveau chagrin, et fut aussi promptement combattu et écarté que la première fois, par le même remède. Un très léger chagrin révellia une troisième fois la maladie, que la *camomille* n'enleva qu'incomplètement, et de très légères doses de *nux*, puis de *mercure*, furent nécessaires pour achever la guérison.

Cinquième observation. — Le Docteur KAMMERER fut appelé auprès d'un jeune homme qui lui offrit les symptômes suivans : Douleur de ventre, vomissement des alimens, anorrexie, langue couverte d'un blanc jaunâtre, douleur au cou, constipation, malaise et frisson, prostration de forces, somnolence, sensibilité, humeur chagrine.

Il lui donna une goutte de *cham.* IV ; en deux jours, le plus grand nombre de ces symptômes disparut. Comme il restait des ténesmes avec malaise, anorrexie et teint terreux, il donna *merc. sol. H.* IV g. j. Le soir, le malade se trouva fort mal ; on lui fit flairer de l'*alcool camphré*, ce qui dissipa ce malaise ; la nuit et le jour suivant, survinrent des selles consistantes et faciles, qui soulagèrent le malade.

La faiblesse et la fatigue furent les derniers symptômes, qui cédèrent à une goutte de *china* IV.

Dans les *fièvres gastriques* ; la *camomille* réussit moins bien que la *nux*, mais elle va mieux dans les *gastrico-bilieuses*. Disons, répétons même qu'elle jouit du privilége presque exclusif de guérir les fièvres qui reconnaissent pour cause un chagrin ou un accès de colère, et, en général, tous les effets de ces mouvemens de l'ame, lorsqu'ils sont encore récens ; car lorsqu'il s'est écoulé un temps assez long, et que la maladie a eu tout le temps de s'établir ou de se développer, la *camomille* suffit rarement, et après elle il faudra recourir à *pulsatilla*, *ignatia*, *bryon.* ou *nux*. Mais si le chagrin reste concentré à l'intérieur du sujet, s'il ne fait aucune explosion, s'il produit dépit, humeur ou honte, alors *ignatia* mérite la préférence. Si à l'humeur chagrine se joint frisson et froid général, il y a indication de *bryonia*. Enfin, si l'indignation s'unit au chagrin, c'est à *staphisagria* qu'il faut avoir recours.

Ici je dois signaler l'utilité de la *camomille* contre l'*ictère*, suite d'erreurs de régime, de mouvemens de l'ame ou de refroidissement, de cet *ictère* que l'on considère comme étant produit par un spasme des vaisseaux ou canaux cholédoques ; je l'ai employé avec succès ; cependant, puisque je nomme cette maladie, je dois dire que je me suis aussi très bien trouvé de l'usage de l'*aconit*, que j'y ai appliqué d'après les symptômes si bien désignés dans la *Matière médicale pure de* HAHNEMANN (voy. l'édition latine II, p. 78, 79, 80).

Sixième observation. — M. S...., à la suite de chagrins très violens, avait eu, les années précédentes, des ictères répétés qui avaient duré plusieurs mois, accompagnés d'un développement ascitique considérable. En décembre 1823, il fut pris de dérangemens des voies digestives, pesanteur du ventre et de l'estomac, frissons, pesanteurs de tête, transpiration la nuit, urines abondantes, puis rouges et boueuses, préludes ordinaires de l'ictère. Celui-ci fut évident, le 26 ; les urines se foncèrent, les selles devinrent grisâtres ; il n'y avait pas de douleur ; je donnai l'*aconit*.

Le 30, les urines étaient déjà moins foncées, elles ne déposaient pas ; les selles étaient blanchâtres, l'appétit ne variait pas, le sommeil était bon ; — l'*aconit* n'ayant qu'une action de peu de durée, je le répétai.

Le 3 janvier 1833, les urines avaient été naturelles, puis étaient redevenues foncées ; les selles qui s'étaient brunies étaient de nouveau grisâtres ; l'appétit était bon, il n'y avait point de douleur ; — je m'en tins à l'*aconit*.

Le 7, les urines variaient, les selles avaient leur couleur naturelle, et tout allait bien ; — même remède.

Le 14, tout continuait d'aller mieux ; — je ne changeai rien.

Le 20, quoique le malade ne se plaignît pas, les urines étant redevenues rouges ; j'administrai *chamomilla* $\frac{000}{VI}$, qui termina le traitement.

Au moment où j'écris, M. S., à la suite d'un nouveau chagrin, a éprouvé d'atroces douleurs d'estomac, que je combats avec les mêmes remèdes et le même succès.

La *camomille* est utile dans le traitement des fièvres *typhoïdes*, où il y a diarrhée, flatulence, lipothymie, soubresauts, agrypnie, angoisses, hallucinations, avec froid du corps et chaleur de la face. Mais le praticien devra rechercher avec un soin minutieux les circonstances qui auront amené ou produit la maladie, pour ensuite procéder au choix du remède, car la *camomille* sera surtout indiquée dans tous les cas de refroidissement préalable, de chagrin, de soucis, de tristesse, de peine d'ame, en un mot.

Dans la classe des *inflammations*, la *camomille* se trouve souvent indiquée, lorsque l'état inflammatoire n'a point encore atteint un degré trop élevé ; car, dans ce dernier cas, l'*aconit* est d'absolue nécessité.

Ainsi, l'on voit céder à cette substance une espèce d'*ophthalmie catarrhale*, dans laquelle la conjonctive n'est que modérément enflammée, où les yeux ne pleurent pas, où le malade se plaint d'une sorte de pression en ouvrant et fermant les yeux, où les paupières sont garnies de chassie ou recouvertes d'orgeolets ; tandis qu'en même temps il existe une légère fièvre catarrhale avec coriza. Dans cette affection, l'ophthalmie n'est que le symptôme secondaire, et la fièvre catarrhale est la maladie essentielle produite par le refroidissement ; la cessation de celle-ci entraîne la disparition de la première.

Lorsque l'*ophthalmie catarrhale* est devenue habituelle, chronique, ou lorsqu'elle reparaît à la moindre variation atmosphérique, alors ni la *camomille*, ni aucun autre remède *ophthalmique*, n'est suffisant pour l'enlever :

elle est certainement, comme toutes les affections chroniques, une suite, un indice de la présence chez le malade de quelqu'une des causes de la chronicité, en particulier, la psore, ou la syphilis, ou l'une et l'autre; elle peut être aussi jointe à une disposition arthritique ou scrophuleuse, qui n'est qu'un développement des affections précédentes, une forme qu'elles prennent par diuturnité ou longue dégénération.

On voit déjà que de pareilles ophthalmies, quoique catarrhales en apparence, ou par accident, demanderont un traitement antipsorique, lequel il faudra toujours commencer par *sulphur*, en ayant soin de ne pas donner un autre remède, avant que celui-ci ait produit tout son effet, et de même de ceux qu'on lui fera succéder; la suite de ce traitement n'est pas aujourd'hui de mon sujet; je le reprendrai une autre fois en l'appuyant d'observations pratiques.

Les *hépatites*, ou inflammations du foie, soit aiguës, soit subaiguës, exigent l'emploi de la *camomille*, comme le moyen le plus prompt et le plus certain de guérison.

Dans l'*hépatite aiguë*, lors surtout qu'elle est la suite d'un violent chagrin ou d'un refroidissement subit, la *camomille*, administrée au commencement, modère les douleurs dans l'intervalle de cinq à six heures; si la fièvre est forte, il convient de faire précéder ce remède par une dose légère d'*aconit*; on le fait suivre, d'après les circonstances, de *bell.*, de *merc.*, ou bien de *nux* et de *puls*.

L'*hépatite subaiguë* ou chronique, requiert l'emploi de ces mêmes remèdes, lorsque, par des causes occasionelles internes ou externes, elle a été amenée à l'état aigu, et que les douleurs sont devenues violentes et presque insupportables, alors la *camomille* fait merveille, jusqu'au moment où la maladie est ramenée à son état presque indolent. L'état vraiment chronique doit être combattu par les antipsoriques, et entre autres par *natrum*, *murias magnesiæ*, et surtout *lycopodium*.

Je ne saurais mieux placer qu'ici deux cas extrêmement remarquables, où la *camomille* a dépassé ma juste attente, et où les malades en ont éprouvé un soulagement inespéré dans sa promptitude et son intégralité.

Huitième observation. — Le 8 juin 1832, je fus consulté par Mme Barrell, modiste, qui m'offrait le tableau suivant.

Après cinq années consécutives de chagrins qui ne sont point terminés, faiblesse générale, impuissance d'exécuter les mouvemens des bras ou des jambes; lassitude profonde après la marche la plus courte.

La malade avait consulté vainement plusieurs habiles médecins, elle n'en avait reçu aucun soulagement; et maintenant elle était arrivée au point de ne pouvoir, en aucune manière, s'occuper de son état; il lui était absolument impossible de couper ou de coudre un chapeau; et pour venir chez moi, quoique la distance de son domicile fût très courte, elle éprouvait une fatigue si considérable, qu'elle ne pouvait plus parler, et qu'on aurait dit qu'elle allait expirer.

Son esprit n'était pas moins fatigué que son corps; il ne supportait point de se fixer sur aucun objet; la lecture même la plus légère était une occupation pénible, et de songer à son ouvrage était au dessus de ses forces.

La moindre conversation la faisait tousser; la toux était sèche; elle se plaignait aussi de points qui lui paraissaient être extérieurs et intérieurs; ceux-là occupaient tout le thorax et notamment les environs du sein gauche.

L'estomac faisait très mal ses fonctions; l'appétit était nul; il y avait des nausées fréquentes sans vomissement réel.

Le ventre était douloureux; les selles étaient fort pénibles et les menstrues très irrégulières.

Ce tableau me parut être celui qu'offrent les symptômes 20-25, 120-125, 170-175, 182, 222, 246-249, 252-257, 325-328, 340-344, 451-454 de la *camomille*, dans la *Matière médicale pure de* HAHNEMANN; je n'hésitai donc pas à donner cette substance, dont les effets dépassèrent mes espérances.

Quinze jours après, on me rapporta que la malade, qui, s'était retirée à la campagne (à Verrier), après avoir été sensiblement éprouvée par le remède, en avait acquis un tel degré de soulagement et de force, que, la veille, elle était montée à pied sur le sommet du mont Salève (aux *treize arbres*), et en était redescendue sans trop de fatigue, quoique la promenade fût de trois fortes lieues. A peine ce rapport était-il achevé, que la malade entra elle-même dans ma chambre, vive et légère comme un oiseau; elle n'avait pu contenir son désir de me raconter elle-même et de me faire voir le bien-être extraordinaire dont elle était redevable à mon remède *merveilleux*, disait-elle; sa présence d'esprit était revenue; elle pouvait entendre et soutenir une conversation, une lecture; elle était en état de songer à ses affaires; mais elle ne pouvait encore travailler, parce que sa vue était un peu trouble.

Elle toussait beaucoup moins et n'avait plus de points. Elle mangeait et digérait bien; le ventre était peu douloureux.

Ne voulant rien gâter à ce bien-être, je lui fis donner *sacch. lact.*, et peu de jours après, j'appris qu'elle était partie bien portante pour Turin.

Je n'ai encore rencontré dans ma pratique homœopathique aucune guérison si complète, obtenue par un traitement si simple, un seul remède, appliqué à une maladie si ancienne et si compliquée; l'honneur en est tout entier à HAHNEMANN, qui avait tracé d'avance le portrait de ma malade dans son admirable ouvrage, où je n'ai eu que la peine de le lire à l'article du remède convenable.

Neuvième observation. — Voici un second cas où l'effet de la *camomille*, sans avoir été aussi complet, n'a pas été moins rapide, et où le malade a pu adresser, et adresse réellement de bien justes actions de grâces à l'auteur de l'HOMOEOPATHIE.

M. Clerc, âgé d'environ 65 ans, était atteint, depuis 45 mois, de douleurs angoissantes dans les hypochondres, qui remontaient le long des côtes, de chaque côté, et qui se faisaient aussi sentir au bas des reins; elles ne le tourmentaient que le jour; mais, la nuit, quoiqu'il ne souffrît pas, il ne pouvait dormir, et était obligé de se lever et de se promener, sans qu'aucun calmant pût lui procurer du sommeil. Lorsqu'il était assis, il ne pouvait se relever, et, dans son jardin, il lui était impossible de se baisser. Il était donc in-

capable, soit de rester en repos, soit d'agir; de plus, il ne pouvait demeurer longtemps avec la même personne, et une certaine agitation le forçait à s'en éloigner; il se sentait constamment agité par une sorte de fièvre.

Son appétit était fort médiocre, et il avait des éructations fréquentes, qui, à plusieurs reprises par jour, duraient deux et trois heures.

Ses gencives et ses dents étaient fort douloureuses, et ces dernières tombaient par morceaux.

Il éprouvait beaucoup de démangeaisons par tout le corps, et il avait fréquemment une éruption de très petits boutons.

Cet état lui était devenu tout-à-fait insupportable; c'était un martyre continuel; il n'était rien qu'il n'eût fait pour s'en délivrer. Plusieurs médecins de Genève avaient été consultés; une foule de remèdes avaient été employés; les eaux thermales d'Aix avaient été mises à contribution, le tout vainement; le malade ne faisait point un seul pas vers l'amélioration.

Je crus reconnaître dans cette description les symptômes suivans de la *camomille* pris dans HAHNEMANN, 81-83, 125, 135, 165, 263, 206, 270, 318, 361, 385, 423, 424 et je me disposai à la donner au malade; mais prenant en considération la *chronicité* de la maladie, et, en même temps, la présence de boutons et de démangeaisons, je débutai par *sulph.*; l'effet fut admirable; au bout de très peu de jours, M. Clerc vint me dire, plein de joie, que ses nuits étaient meilleures, et qu'il pouvait vaquer aux travaux de son jardin. — Je ne changeai rien encore à son traitement. A la fin de la seconde semaine, le malade revint, toujours plus satisfait, m'exposer la disparition graduelle de quelques-unes de ses incommodités; je lui demandai alors s'il n'était pas atteint d'hémorrhoïdes. — Je ne saurais peindre sa surprise à cette question; il ne comprenait pas que, ne m'en ayant jamais parlé, j'eusse découvert l'existence en lui de cette infirmité, qui n'avait été soupçonnée par aucun des médecins qui l'avaient traité jusqu'à ce jour. — Il en était effectivement atteint, et cette découverte ne m'avait pas coûté beaucoup de peine, puisque HAHNEMANN a placé les *hémorrhoïdes* parmi les affections dépendantes de la psore, que mon client était évidemment psorique, et qu'il éprouvait de *sulph.* un soulagement si sensible. Alors les numéros 194-197 de la *camomille* vinrent renforcer le nombre déjà considérable des précédens symptômes, et je lui administrai cette substance.

L'effet en fut prodigieux; toutes les douleurs des hypochondres et des côtés, ainsi que celles du dos disparurent; le malade fut quitte de ces angoisses inexprimables qui lui rendaient la vie à charge; il put dormir la nuit dans son lit; vaquer, le jour, gaîment à ses affaires; les hémorrhoïdes l'incommodèrent à peine; l'appétit revint; en un mot, ce fut une métamorphose complète, une vraie résurrection.

M. Clerc, ne se croyant pas pour cela guéri, vu l'ancienneté de sa maladie, me pria de continuer le traitement. Ne voyant dans ce moment aucune indication à remplir, je lui fis prendre, à deux reprises, *sacch. lact.*, et j'obtins dans cette rencontre une reitération de ce fait qui s'était offert plusieurs fois à mon observation; c'est que *sacch. lact.* n'est pas toujours une substance inerte, car le malade se plaignit qu'il en avait éprouvé des douleurs et des angoisses très pénibles dans l'abdomen. Je lui rendis *cham.*, et ces symptômes accidentels cessèrent.

Le prurit, qui n'avait pas disparu avec les douleurs, exigea que je réitérasse *sulph.*, lequel je fis suivre de *lycop.* Tout alla très bien, et maintenant M. Clerc est aussi vif et aussi bien portant que si jamais il n'eût éprouvé de maladie.

La *camomille* rend les plus grands services dans la *fièvre puerpérale* et dans la *métrite*.

—

Dixième observation. — Le docteur KAMMERER fut appelé auprès d'une femme en couches, atteinte d'agitation et de surexcitation du système nerveux; le lait s'était retiré des seins qui étaient vides; il y avait diarrhée abondante de liquide blanchâtre; les lochies étaient surabondantes, et des douleurs intenses partaient du sacrum et venaient correspondre au pubis; il y avait encore céphalalgie et dyspnée. La *camomille*, en peu d'heures, calma les coliques, arrêta la diarrhée, modéra les lochies, ramena le lait dans les seins, et enleva le mal de tête et l'oppression.

La *camomille* calme les pertes utérines et les coliques qui suivent l'accouchement, et cela en très peu de temps, lorsqu'elle est administrée en doses convenables. Ce fait résulte de la propriété dont elle jouit d'exciter ces mêmes phénomènes pathologiques lorsqu'ils n'existent point auparavant, propriété qui rend plus ou moins dangereux l'emploi intempestif de l'infusion des fleurs de camomille chez les femmes en couches, et qui explique la présence de ces symptômes-là chez celles qui en ont fait usage. Lorsqu'on vient à reconnaître cette cause chez un malade, il suffit de donner *puls.* pour en arrêter les effets.

Quant aux *coliques utérines* qui surviennent soit avec la *métrorrhagie*, soit sans elle, et qui durent un temps assez long, tourmentant la malade par de cruelles douleurs, la *camomille* est indispensable pour les guérir; si elles résistent à son emploi, on doit recourir, d'après l'ensemble des autres symptômes, à *nux*, *puls.*, *bellad.* ou *coffea*.

Lorsque les menstrues se montrent trop fréquentes ou trop abondantes, si la *ménorragie* est accompagnée de douleurs de ventre, on peut se promettre de la *camomille* d'heureux et prompts effets, surtout si le sang se coagule et sort en caillots. Dans les cas où cette infirmité prend le caractère de chronicité, il faut nécessairement recourir aux antipsoriques, car elle est une conséquence, un effet de la psore invétérée.

La *camomille* est spécialement utile dans l'*angine tonsillaire* et *pharingienne* qui se montre avec une douleur lancinante et brûlante dans le larynx, la raucité de la voix, du serrement dans la poitrine, et un chatouillement qui procure de la toux; à cette affection catarrhale se lie quelquefois l'engorgement des glandes sous-maxillaires.

Dans les cas d'endolorissement du cou et des ganglions cervicaux, suite de refroidissement, la *camomille* offrira un remède précieux, auquel on pourra, au besoin, substituer ou faire succéder *dulc.*

Elle est la substance éminemment utile contre l'*engor-*

gement des glandes du sein des enfans nouveau-nés, ainsi que des adultes, à la suite de refroidissement ou de mouvement pénible de l'ame.

Enfin, c'est à elle qu'on doit avoir recours dans la *diarrhée*, soit des enfans, soit des adultes, muceuso-liquide, et dont chaque exerétion est précédée de violentes tranchées au dessous de l'ombilic, qui cessent au moment de l'évacuation.

La *diarrhée* qui accompagne la dentition difficile des enfans, lorsqu'elle est indolente, aqueuse, liquide, permanente, débilitante, exige aussi la *camomille;* elle en change très promptement la nature.

Un des maux les plus cruels qu'on a le bonheur de calmer avec la *camomille*, ce sont les violentes douleurs d'estomac qu'on qualifie vulgairement de *crampes* (*gastralgie*). On doit surtout la recommander dans les cas d'une grande irritabilité du système nerveux, et d'une disposition morale à éprouver de la peine, ce qu'on nomme vulgairement *sensibilité*, ainsi que lorsque la *gastralgie* a été produite par un grand chagrin. — L'indication la plus spéciale pour son application est la sensation d'une pierre à l'épigastre, sous les fausses-côtes gauches, et comme si, disent les malades, le cœur voulait s'y imprimer. Cette douleur est toutoujours unie à une grande difficulté de respirer et à de la gêne dans la poitrine; c'est la nuit qu'elle empire le plus souvent; alors l'angoisse, l'agitation ne permettent pas au malade de reposer un seul instant; il éprouve des battemens dans la tête, sur le vertex, qui l'obligent à se mettre sur son séant, pour chercher quelque adoucissement dans cette position du corps.

Mais ce n'est pas seulement dans ces gastralgies que la *camomille* procure un adoucissement sensible et prompt, c'est encore dans les *entéralgies* (douleurs abdominales), et les *coliques* avec flatulence, qui se développent assez souvent après un refroidissement. Alors les gaz intestinaux paraissent se cantonner ici et là; le malade éprouve des tiraillemens dans les hypochondres et à l'épigastre; il ressent de l'angoisse, de l'agitation et une sueur visqueuse. Lorsque ces douleurs surviennent avec violence, le malade croit devoir aller à la selle, et cependant il ne se manifeste que des borborygmes et des gargouillemens qui cessent après une petite selle liquide et muqueuse.

Quelquefois ces coliques sont accompagnées de la sensation que l'anneau inguinal se relâche, que les intestins vont s'y engager, et qu'il va s'y former une hernie. Lorsque cette sensation s'est reproduite plusieurs fois, la crainte d'une hernie n'est pas sans fondement, et la *camomille* devient un excellent préservatif contre la disposition à la *hernie inguinal;* il est vrai qu'elle partage cette prérogative avec *coccul.*, *nux*, *aurum*. Cependant il ne faut considérer aucun de ces remèdes comme moyen curatif; celui-ci devra toujours être cherché parmi les antipsoriques.

Pour en finir avec le canal intestinal, je dois parler de l'influence curative dont la *camomille* jouit sur l'une des infirmités les plus communes, je veux parler des *hémorrhoïdes*. Cette influence n'a pas été signalée par HAHNEMANN et ses continuateurs; HARTMANN n'en parle pas, et c'est avec d'autres substances que les uns et les autres traitent cette maladie. Cependant, la production des *hémorrhoïdes* ou leur irritation se trouve consignée dans les symptômes de la *camomille*, 194-196; et c'est de cette légère, mais sûre indication, que je suis parti pour opérer la belle et totale guérison suivante.

Onzième observation. — Le 23 mai 1832, je fus appelé par M. H., peintre; je le trouvai alité, souffrant horriblement d'une procidence du rectum, qui était concomitante d'un bourrelet hémorrhoïdaire. Il me raconta que depuis un grand nombre d'années, il souffrait cruellement des hémorrhoïdes, et que, par surcroît de malheur, il était sujet à un prolapsus du rectum toutes les fois qu'il avait une évacuation alvine, et même, souvent, lors seulement qu'il marchait; que cette procidence était si pénible et si douloureuse, qu'elle rendait son existence fatigante; que le rectum se replaçait le plus souvent par des efforts accompagnés de beaucoup de douleurs; mais qu'en dernier lieu, ces efforts avaient été infructueux, et que depuis onze jours il souffrait le martyre, en proie à une fièvre cruelle, n'osant prendre aucune nourriture, et ne fermant l'œil ni jour ni nuit; qu'il s'était confié au premier chirurgien de Genève, lequel le traitait, sans aucun soulagement, par les cataplasmes à l'extérieur, et avec la magnésie et des électuaires purgatifs à l'extérieur.

Actuellement, il était tellement épuisé par la douleur, la fièvre et le défaut absolu de nourriture, qu'il était, disait-il, comme réduit au désespoir, si je ne venais pas à bout de lui faire du bien.

Après avoir entendu ce piteux récit, j'essayai, mais en vain, de réduire le rectum, qui était fortement tuméfié, d'une couleur violette tirant sur le noir, et d'une sensibilité douloureuse extrême. Malgré l'inutilité de ces tentatives, et l'état fâcheux du malade, j'osai lui promettre qu'il dormirait cette nuit même, et qu'il ne tarderait pas à se lever et à reprendre ses affaires. Sur ce propos, M. H. me conjura de ne pas me moquer ainsi de lui, dont l'état devait me faire pitié, et de me contenter de le soulager, ce dont il avait un si grand besoin.

Je lui prescrivis une goutte de solution quadrillionième de *camomille* dans six onces d'eau, dont il devait prendre une cuillerée par heure; je fis mettre trois gouttes de teinture (suc alcoolisé) de *camomille* dans dix onces d'eau de sureau; dans ce mélange on devait tremper des compresses longuettes et les maintenir sur l'anus.

Le lendemain matin, M. H. me dit qu'à sa très grande surprise il avait dormi toute la nuit, et qu'il se sentait rafraîchi quoique souffrant. Je continuai le même traitement, me contentant d'écarter beaucoup les doses de la potion. De jour en jour l'état du rectum s'améliora; cet organe diminua de volume, reprit sa situation naturelle, et au bout de huit jours seulement le malade sortit de son lit, et le dixième jour il reprit ses affaires; depuis ce moment, il n'a aperçu aucune trace de ses précédentes douleurs; il marche aussi vite et aussi longtemps qu'il le veut, et il obtient aisément ses évacuations fécales, sans que le rectum paraisse avoir la moindre disposition à ressortir; il jouit de la meilleure santé, de l'humeur la plus gaie; il lui semble être entré dans une autre vie.

J'ai appliqué la *camomille* dans d'autres cas contre les *hémorrhoïdes*, avec non moins de succès; mais aucun

n'a offert la matière d'une observation aussi complète, ni une guérison aussi prompte et aussi absolue que celui-là.

—

La *camomille* mériterait le titre de *panacée* des enfans; elle convient à cet âge dans plusieurs maladies qui ont souvent des suites fâcheuses.

Ainsi, elle est applicable aux affections *asthmatiques*, avec dispnée et menace de suffocation, qui sont la suite de refroidissemens.

Elle est presque spécifiquement indiquée dans certaines *ophthalmies catarrhales*, dont l'observation suivante, rédigée par HARTMANN, offre un tableau complet.

Douzième observation. — Un enfant de trois semaines devint malade sans cause connue, et offrit les symptômes suivans : Diarrhée continuelle, d'abord verdâtre, puis semblable à de la bouillie claire, puis enfin, depuis trois jours, tout-à-fait aqueuse et fétide; l'enfant pousse des cris et se tortille comme un ver avant chaque évacuation. — Yeux fermés par le gonflement des paupières; si on écarte celles-ci de force, on voit la conjonctive tout injectée de sang, et le bord des paupières dilaté par le même fluide. — Le sang se fait jour au-dehors et coule toutes les fois que l'enfant crie. — Le corps entier est recouvert d'une espèce de pourpre, surtout la face dont l'épiderme est enlevé, probablement par l'âcreté de l'écoulement des paupières. — Agitation extrême; pas un instant de sommeil; chaleur de la tête et du tronc, sans sueur; froid des extrémités. — Refus de tout aliment et du sein de la mère. — Maigreur qui donne à l'enfant l'apparence d'un vieillard.

A cet aspect, HARTMANN désespère de la vie de l'enfant; mais comme il n'y avait aucun risque à courir à tenter une expérience, et que le cas offrait précisément les symptômes 55-59, 66, 188-191 de la *camomille*, il en donna une goutte IV. — Il ne revit qu'au bout de deux jours l'enfant qui, une heure après avoir reçu le remède, avait joui d'un sommeil de trois heures, dont il était sorti calme, et après lequel il avait bu; la diarrhée s'était arrêtée, et les cris de l'enfant avaient cessé; le gonflement des paupières avait un peu diminué; les vaisseaux de la conjonctive étaient moins injectés; le sang qui en sortait était plus clair; la chaleur du corps était plus naturelle et plus égale; le pourpre moins foncé. On laissa la *camomille* agir encore deux jours (en tout *quatre*), puis, le calme étant rétabli, une seule dose de *bellad.* suffit pour faire disparaître et l'injection des yeux et le pourpre, et pour ramener l'enfant dans un état de santé parfait.

La première dentition des enfans est souvent accompagnée de *convulsions* et même *d'éclampsie;* ces accidens s'offrent surtout chez les individus doués d'un système nerveux très irritable, et qui sont ou très sanguins, ou très faibles, ou nés de parens très *nerveux* eux-mêmes. La *camomille* combattra efficacement ces dangereux symptômes, surtout lorsqu'ils se rencontreront avec des accès de toux sèche, ou de catarrhe suffocant. Elle ne sera pas moins utile lorsque les convulsions auront été précédées de diarrhée, ou que l'enfant sera depuis plusieurs jours pâle et faible; que les yeux auront perdu leur brillant, que l'appétit n'existera plus, que le malade ne portera plus sa tête, et qu'il voudra constamment rester couché.

Après un premier *accès épileptiforme*, une goutte de *cham.* IV arrête le plus souvent la maladie à sa naissance; mais quelquefois on voit succéder un second, même un troisième accès de plus en plus légers, contre lesquels on doit se garder de donner un nouveau remède. Seulement dans le cas, très rare, où les accès se répéteraient toujours plus violens et rapprochés, sans qu'on aperçût l'apparence d'une amélioration, on aurait recours à *l'ignatia*, qui serait le moyen indiqué.

La *camomille* sera donnée avec succès contre les *douleurs de tête* et les *défaillances* dont seront atteintes des personnes qui offriront d'ailleurs une partie des autres symptômes propres à cette substance; dans bien des cas, et surtout pour les individus très sensibles, il suffira de leur faire flairer le flacon contenant des dragées imprégnées de cette solution.

Le *rhumatisme aigu* trouve dans l'emploi de la *camomille* un grand soulagement, lorsqu'il s'offre avec les circonstances suivantes. Les douleurs sont de tiraillement et de déchirement, entremêlées de sensation d'engourdissement et de paralysie; elles existent surtout dans les tendons, les ligamens articulaires ou les os, et non dans les muscles, et il n'y a pas gonflement des parties malades; elles se font sentir violentes la nuit et ne changent pas de place.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire, si les douleurs passent d'une partie à une autre, si elles ont leur exacerbation vers le soir et jusqu'à la nuit, s'il y a enflure, gonflement du lieu malade, la *pulsatille* est à préférer.

La *camomille* est particulièrement indiquée lorsque le *rhumatisme* parcourt la totalité de la colonne vertébrale, en y comprenant la tête, passe du sacrum à la hanche, et que la douleur augmente, la nuit, par le mouvement.

Enfin on l'administrera avec un succès au moins momentané contre les *ulcères* superficiels, qui se forment chez quelques rhumatismans, à la moindre blessure et ont beaucoup de peine à se guérir.

—

Je termine cet article en signalant les bienfaits de la *camomille* contre une incommodité qui n'intéresse jamais la la vie, mais qui jette sur elle une teinte fort désagréable; je veux parler du *mal de dents* (odontalgie).

L'indication précise se tire des circonstances suivantes : douleur plus forte la nuit, avec rougeur des mâchoires, reparaissant par intervalles, devenant quelquefois insupportable, ne se fixant spécialement sur aucune dent, ayant dans son plus léger degré le caractère d'un chatouillement, ou d'un fourmillement; à un plus haut degré celui d'un déchirement, enfin, celui d'élancemens qui se communiquent jusque dans l'oreille; elle commence le plus souvent aussitôt après avoir mangé et bu; elle s'apaise par l'attouchement d'un doigt plongé dans de l'eau tiède; elle s'exaspère par la boisson froide; elle ne permet pas au malade de supporter la chaleur du lit; elle est souvent accompagnée d'enflure de la mâchoire et d'engorgement des glandes maxillaires.

Cette odontalgie attaque volontiers, après un refroidissement, les personnes exposées aux chagrins, irritables et adonnées au café.

D'après cet exposé rapide des bons effets de la *camomille*,

on voit qu'elle appelle de la part des praticiens une attention singulière, en vue surtout de préciser les cas spéciaux où elle mérite une préférence exclusive. Je l'ai employée avec succès dans bien des circonstances que je n'ai point rapportées, n'ayant voulu citer que les cas où elle a remarquablement réussi, dans des affections graves, et où ses effets ont été de durée, quoiqu'elle ait été employée seule ou presque seule; j'ai jugé inutile de relater les maladies où je lui ai associé ou fait succéder d'autres substances.

Ch.-G. PESCHIER, *docteur.*

THÉRAPEUTIQUE.

(*Troisième article.*)

—

MALADIES FÉBRILES.

VIIe *forme. Fièvre puerpérale (péritonite puerpérale).*

Quand après les couches, surtout celles qui ont été trop rapides, l'utérus reste élevé, non contractile, douloureux, météorisé ou dur outre mesure, l'œuvre du lait interrompue, il faut craindre une métrite qui est toujours dangereuse alors, parce qu'après le travail de la parturition, l'inflammation traverse facilement à la portion de péritoine qui revêt la surface supérieure du corps utérin, et se propage de là à tout le sac péritonéal, ce qui constitue une maladie formidable. On nomme donc improprement fièvre puerpérale une métro-péritonite, et plus souvent une péritonite aiguë, sans que le corps charnu, ni le plan muqueux de l'utérus participent à l'inflammation, celle-ci ayant été promptement révulsée sur le péritoine. Cette péritonite ne diffère d'une péritonite aiguë ordinaire, que parce qu'elle se complique de la rétention du lait et de celle des lochies.

Face grippée; affaissement des seins; respiration courte, gênée, anxieuse; nausées; vomissemens; hoquet; pouls petit, serré, concentré; météorisme; constipation, douleur abdominale angmentant par la compression sur les flancs, etc.; tels sont les principaux caractères pathognomoniques de cette maladie : on les retrouve la plupart assez bien dessinés dans les effets pathogénétiques purs des substances qui suivent : *acon., chamom., bellad., pulsat., rhus, ipecac., bryon., hyosc., arnica, ars., nux, merc., platin.*

La péritonite puerpérale se complique très fréquemment de gastro-entérite, de méningite, de pleurésie, de typhus, etc. Ces complications influeront beaucoup sur le choix du moyen.

La mort a lieu ordinairement du cinquième au quatorzième jour; la résolution est rare et la chronicité entraîne l'ascite ou la collection puriforme, ou bien encore l'adhérence sèche des lames péritonéales. Les terminaisons par suppuration ou gangrène sont encore assez communes; quelques auteurs ont mal à propos pris pour une matière laiteuse épanchée dans la cavité du péritoine, une sérosité qu'on rencontre aussi bien chez l'homme que chez la femme, et que rend blanchâtre le mélange d'une lymphe coagulable dont l'albumine fait la base, qui est rejetée par voie d'exhalation, et se présente sous forme de matière purulente ou de pseudo-membranes collées aux surfaces séreuses.

D'abondantes saignées générales et locales, des bains tièdes et de légères fomentations émollientes, sont les seules armes qu'une médecine prudente ose opposer à cette terrible maladie, bien que certains praticiens hardis aient préconisé des moyens violemment perturbateurs, comme frictions mercurielles, émétiques, tartre stibié à haute dose, etc. Nous avons vu plus haut que la méthode homœopathique nous propose de nouveaux modificateurs, dont le choix peut varier suivant les nuances que présente le tableau des symptômes morbides; ainsi :

Aconit 24e, 30e, pourra ouvrir le traitement quand à beaucoup de fièvre et à une forte inflammation se joindront de l'angoisse, des étouffemens, de la dyspnée, une plegmasie intestinale, etc.

Chamom. 12e s'il y a grande inquiétude; surexcitation du système nerveux; tête prise ou céphalalgie qui presse, avec battemens, surtout au front; serrement de poitrine; respiration courte; seins flasques par disparution du lait; diarrhée verte, aqueuse, lactiforme, souvent avec tranchées; lochies surabondantes, sang brun, en caillots, dont l'issue cause une vive douleur au sacrum; pâleur du visage, chassée parfois et pour un instant par une chaleur des joues avec fièvre; anxiété, jactitation; délire; soif; froid des extrémités, etc.

Rhus 30e enlève ce qui n'a cédé qu'en partie à *chamom.*, et il convient de débuter par ce remède si, avant les couches, il y avait déjà un état d'excitation nerveuse. Il est indiqué par l'érétisme nerveux et lorsque les lochies, après avoir pâli, blanchi, deviennent derechef sanglantes et coagulées. Les complications de goutte, de rhumatisme, de typhus, d'éruption, etc., feront pencher la balance en sa faveur.

Pulsat. 18e, lorsque, avec de la douceur de caractère et de la résignation, la malade a la face pâle, tirée par la souffrance; que les lochies ont été soudainement interrompues; qu'il y a un sentiment de plénitude; cuisson brûlante dans l'appareil sexuel; angoisse et chaleur cutanée la nuit; palpitations; peu de soif, etc.

Nux 30e, à peu près dans les mêmes circonstances, convient mieux au caractère impatient, irritable, sujet à la colère, surtout s'il y a état gastrique.

Bryon. 24e quand la malade éprouve une grande sensation de vide dans les seins, avec urines copieuses, sans douleurs intestinales, ni suppression de lochies, les complications de bronchite, pleurésie, rhumatisme, etc., l'indiqueront.

Bellad. 30e essentiellement si la tête est menacée, s'il y a de fortes crampes d'intestins et un caractère nerveux prononcé. Plus utile encore dans le cas de complication d'érysipèle, d'ophthalmie, d'amygdalite, etc.

Arnica 6e. Spécifique d'un état fébrile, provenant de déchirures ou de contusion des organes de la génération, qui auraient eu lieu pendant le travail de la parturition.

Hyosciam. 9e ou 12e convient dans l'atonie de l'utérus, ou pour calmer des crampes, des convulsions générales ou partielles.

Platina 6e est indiqué par perte sanguine trop copieuse; contraction des organes du bas-ventre, qui semblent pressés vers la vulve; douleur de reins; céphalalgie frontale; angoisse; chaleur brûlante au visage; soif ardente; crainte de la mort, etc.

Observation de métrite puerpérale.

Mme B...t, à Lyon, 32 ans, grande, brune, forte, accouchée depuis trente-cinq jours, et gravement malade depuis les premiers jours de sa délivrance, me met en rapport avec son médecin ordinaire, le 14 février 1731.

La maladie avait débuté par la suppression des lochies, l'affaissement des mamelles, le météorisme du ventre, une fièvre ardente, etc. On avait déployé les moyens les plus énergiques, qui n'avaient fait qu'enrayer le mal sans amener sa résolution; peu de jours auparavant, la malade avait eu une cinquième application de sangsues; elle était encore enveloppée de cataplasmes émolliens; elle buvait diverses infusions, etc.— *Tableau de la maladie au trente-cinquième jour*: Face grippée, décolorée; décubitus dorsal; prostration; respiration courte, haute, suspirieuse; mamelles douloureuses et ulcérées en divers points, pouls petit, à 140 pulsations; abdomen légèrement météorisé, mais extrêmement douloureux, surtout quand on presse la région de l'utérus; suppressions totale de lochies; pas de soif; langue sale; tristesse; découragement; urine rare et foncée; point de selles, etc.

Ce même jour, 14, la malade prit *pulsatilla* 24oo.

Le 15 au matin.— Retour des lochies; on palpe aisément l'abdomen; pouls élargi; face épanouie.

Les 16, 17, 18, 19. — Mieux soutenu, appétit, alimens.

Le 20.— Les ulcérations des seins occupent seules la malade; on prescrit *hépar. sulph.* 4oo.

Huit jours après, la convalescente vint me rendre visite; sa guérison fut bientôt confirmée.

De nombreuses observations de péritonites puerpérales se trouvent consignées dans les Annales et les Archives homœopathiques.

VIIIe *forme. Fièvre intermittente.*

La mieux caractérisée des maladies, quant à ses phénomènes, la moins connue quant à sa nature et à ses causes, et qui divise le plus les opinions du pathologiste. MM. Pinel et Broussais, en opposition avec M. Rayer et bien d'autres, l'ont considérée comme étant de même nature que les fièvres continues et liée à des affections viscérales analogues. Nous ne mentionnerons pas les innombrables théories qu'à suscitées l'explication de l'intermittence; nous ne répéterons même point, avec M. Bailly: *qu'elle provient des habitudes particulières à l'homme de marcher debout et de dormir couché;* ni vaguement, avec M. Brachet de Lyon, que *c'est une modification du système nerveux,* etc., etc. Nous dirons seulement que la nature et les causes des fièvres intermittentes nous sont aussi peu connues que l'action du quinquina, pour les guérir, nous est peu expliquée; qu'ici, comme ailleurs, la science médicale n'offre que ténèbres et incertitude.

Tout les irritations, tant internes qu'externes, sont susceptibles de revêtir un caractère intermittent, quelquefois sans fièvre, le plus souvent avec fièvre. Une érysipèle, une ophthalmie, un coryza, une odontalgie, une névralgie frontale ou sciatique, etc., la gastro-entérite, la pleurésie, l'hépatite, etc., diverses névroses cardiaques cérébrales, spinales, etc., peuvent cesser et reparaître périodiquement; il faudrait donc, pour dénommer toutes les nuances de fièvres intermittentes, créer autant d'adjectifs qu'elles peuvent présenter d'accidens morbides, ou qu'il existe de tissus organiques capables de s'affecter pendant les accès. Les auteurs ont distingué des fièvres intermittentes gastrique, bilieuse, pleurétique, dyssentérique, cérébrale, soporeuse, hémorrhagique, syncopale, algide, épileptique, tétanique, convulsive, cardiaque, etc, etc. On nomme fièvre intermittente *pernicieuse* celle qui se lie à la phlogose de certains plexus nerveux, qui avoisinent des viscères essentiels à la vie, et dont les accès irréguliers, inopinés, véhémens, sont très souvent mortels. L'espèce qui s'accompagne d'une irritation locale externe, telle qu'une névralgie, une ophthalmie, etc., a reçu le nom de fièvre *larvée* (*cachée*), et cependant c'est la plus visible des irritations intermittentes.

Chaque accès de fièvre intermittente se partage en trois temps ou stades distincts: 1o stade de froid, de frisson, de concentration vitale; 2o stade de chaleur, d'expansion, de réaction vitale; 3o stade de sueur, de détente, de crise. Les phénomènes généraux qui remplissent ces trois périodes sont trop familiers aux praticiens qui nous lisent, pour les énumérer fastidieusement ici, forcés d'ailleurs que nous allons nous trouver de détailler des symptômes pour indiquer des spécifiques.

Des phlegmasies concomitantes mêlent ou ajoutent fréquemment leurs accidens aux phénomènes généraux de la fièvre intermittente, d'où résultent des tableaux de symptômes, dont la diversité, offrant peu d'intérêt au médecin allopathe qui n'a en vue que la périodicité et un antipériodique, est au contraire très importante à étudier pour le praticien homœopathiste, auquel la plus légère nuance va souvent déceler le vrai spécifique.

Les causes des fièvres qui nous occupent, sujet de controverses médicales, sont en général peu appréciables. Les plus probables sont les grandes vicissitudes atmosphériques, les alternatives de chaud, de froid, de sec et d'humide, les émanations marécageuses, qui, se dégageant peut-être périodiquement à certaine heure du soir, peuvent faire contracter aux irritations une habitude d'intermission, etc.: mais abstenons-nous d'hypothèses.

L'intermittence affecte divers types connus sous les noms de tierce, quarte, quotidienne, double tierce; etc. L'irritation peut changer de type, passer du quarte au tierce, de celui-ci au quotidien, et tous les types peuvent arriver à la fièvre continue par une impulsion irritative plus forte. Les types les plus éloignés sont les plus rebelles.

Le prolongation d'une fièvre intermittente simple entraîne de graves désordres, tels que: l'émaciation, l'œdème,

l'ascite, l'engorgement de la rate, celui du foie, le scorbut, etc.

L'empirisme, ou si l'on veut l'expérience, a procuré à la médecine, pour guérir les fièvres intermittentes, une foule de moyens parmi lesquels le premier rang appartient au quinquina et à ses nombreuses préparations. Dans le principe, une très petite quantité de cette substance en poudre suffisait pour arrêter les accès d'une fièvre intermittente, parce qu'on l'administrait pure et sans mélange; mais bientôt l'art intervint, et, grâce aux adjuvans et aux correctifs qu'on associa à la précieuse écorce péruvienne, celle-ci perdit de son efficacité, et il fallut en accroître considérablement les doses, au grand détriment de l'estomac des malades. On ne s'apercevait pas que le quinquina devait à ces mixtions l'affaiblissement de sa spécificité, et l'on trouvait plus convenable d'accuser le commerce de falsification, ou le stupide sauvage des Cordilières de tromperie, que de soupçonner nos savans de quelques points d'ignorance. Lorsque la thérapeutique s'enrichit de la préparation du sulfate de quinine, il y a quelques années, ce nouveau sel, d'abord essayé pur et en petites doses, produisit des merveilles, non qu'il renfermât sous une concentration plus grande des vertus fébrifuges plus fortes, mais réellement parce que, sans le savoir, et par un détour *très scientifique*, on était revenu à un procédé plus naturel et à l'un des principes de l'homœopathie.

Avant d'être instruits par, les expériences de Hahnemann, que le quinquina procure la fièvre intermittente, de même que les eaux de Wisbaden donnent la goutte, et celles de Baréges des rhumatismes, etc., nous étions loin de soupçonner que, depuis 1638, époque de l'importation du quinquina en Europe, nous faisions tous de l'homœopathie. Mais, le raisonnement ne présidant pas à notre conduite, nous devions souvent manquer le but en allant trop loin. Nous ignorions que, si certaines fièvres résistent au quinquina, c'est que cette écorce n'est pas homœopathique à tous les cas. Nous ignorions encore qu'en dépassant la dose justement nécessaire pour anéantir les accès fébriles, nous arrivions à engendrer la maladie du remède, et il se développait une fièvre tierce ou quarte interminable, dont les accès ne faisaient qu'empirer sous l'influence de nouvelles doses de quinquina. Un jeune homme vigoureux prit, en différentes fois, 1,200 grains de sulfate de quinine pour une fièvre contractée en Grèce; revenu en France, on lui en administra encore 800 grains; ses accès, loin de diminuer, avaient acquis progressivement plus de violence; chacun d'eux durait 36 heures; sa maigreur et sa faiblesse étaient extrêmes; ses membres infiltrés, son abdomen plein de liquide, sa rate engorgée, etc. Cette maladie, qui durait depuis trois ans, céda aux antidotes du quinquina. Quel praticien n'a pas rencontré plus d'un exemple semblable à celui-ci? En dessillant nos yeux et nous révélant la grande loi de la spécificité, le fondateur de la science nouvelle est venue nous apporter la clé d'une multitude d'accidens pratiques, qui, trompant journellement notre attente, provoquaient notre surprise et sapaient incessamment les fondemens de notre foi médicale.

Si l'on veut traiter homœopathiquement une fièvre intermittente, il faut avoir égard, non-seulement à son type, aux diverses circonstances de froid, de chaud, de sueur, mais encore à l'apyrexie et bien observer les symptômes qui persistent entre les accès. Le choix du remède n'est pas toujours facile, plusieurs affections étant susceptibles de revêtir le caractère intermittent ou de se mêler comme complication à la fièvre, ce qui rend les indications confuses; bien plus, la psore latente se réveille quelquefois, et alors la guérison ne peut avoir lieu par les seuls apsorlques.

En règle générale, on recommande d'administrer le remède après l'accès ou vers son déclin, surtout si l'apyrexie doit être de courte durée. Quelques médecins, entre autres le docteur Schubert, de Leipzig, ne manquent pas de donner, avant l'accès, une ou deux fortes doses d'*aconit*. Ils ont bien quelques raisons d'en agir ainsi, chaque accès étant une véritable phlegmasie avec congestion; Hartmann n'en a pas tenté l'expérience, mais l'épreuve nous parait bonne à répéter dans l'occasion.

China 12e dilution. Ce remède (nous l'écrivons kina ou quinquina) est le spécifique de la fièvre de marais quand il n'y a pas de psore sous jeu; il convient essentiellement dans le cas où il n'y a pas de soif dans le frisson, ni dans la forte chaleur. Le désir de boire peut se manifester entre ces deux états ou pendant la sueur, sans contre-indiquer ce choix, de même que si, pendant le stade de chaleur, il y a lèvres sèches, besoin de les mouiller, sans soif réelle. Cette substance est encore très convenable quand on observe les symptômes suivans avant l'accès: palpitations de cœur; angoisse; éternuemens fréquens; soif ardente; faim canine; vive douleur de tête; chaleur interne de la face avec joues froides au toucher, etc.

Nux 30e, *veratr.* 12e, *bellad.* 30e, *occul.* 12e, conviennent principalement au type tierce lorsqu'il y a paresse des intestins, constipation. *Nux* de préférence dans l'intermittente gastrite, où peuvent être appliqués aussi *chamom. animom.*, *pulsat.*

Les substances ci-dessus peuvent trouver leur place dans certains cas d'intermittentes apoplectiques avec vertiges; angoisses; visions; tension abdominale; membres comme paralysés à l'arrivée des accès; faiblesse des pieds et des genoux; lassitudes; tremblemens; chute des forces; défaillance; chaleur de la tête et froid du corps; joue chaudes avec froid interne; douleur brûlante des yeux, sans inflammation; mal de tête déchirant, battant, piquant, augmenté en marchant à l'air libre; demi-veille; fantaisies nocturnes, éruptions, prurit, crainte de la mort, etc.

Veratr. 12e sera préféré quand on remarque le froid seulement extérieur avec chaleur interne; urines sombres; sueur froide du corps ou du front.

Belladona 24e ou 30e répond aux symptômes suivans: douleurs périodiques; frissons faibles; chaleur se mêlant parfois au froid; peu de sueur et peu de soif. Cette substance, outre la fièvre tierce, convient encore à la quotidienne quand elle débute par un violent mal de tête avec rougeur des yeux; vertiges; nausées; renvois; frisson percurrent, sans forte sueur, ni chaleur.

Cocculus 12e applicable quand la fièvre tierce présente des symptômes ayant des rapports de similitude avec les siens, tels que: constipation opiniâtre; crampes; pesanteurs paralytiques; gastralgies, surtout nocturnes, etc.

Pulsatilla 18e, avons-nous dit, combattra surtout les

fièvres compliquées d'état gastrique, s'il y a absence de soif; céphalalgie pendant le frisson; vomissement glaireux dans le stade de froid; diarrhée muqueuse dans l'apyrexie, avec nausées et défaut d'appétit.

Antimon. crud. 12e à peu près dans les mêmes circonstances, lorsque l'embarras de l'estomac est très prononcé; la langue chargée; le goût amer, etc.

Cina. 3e peut enlever la fièvre quotidienne marquée par une grande soif pendant le frisson, vomissemens d'alimens au début et faim violente.

Arsen. 30e. Puissant moyen contre les fièvres intermittentes où l'on retrouvera les symptômes suivans: froid et chaud mal dessinés, se croisant ou se mêlant; chaleur brûlante même au toucher, avec inquiétude grave; soif inextinguible; angoisses; bruit d'oreilles; des douleurs passées ou insignifiantes se réveillent pendant l'accès, où l'on en ressent de nouvelles; goût amer; saveur des alimens altérée comme celle des boissons; vomituritions dès l'invasion du frisson; vertiges; tremblemens; chute prompte des forces; on boit très peu et souvent; sueur lente à venir ou manquant tout-à-fait; paralysies et fortes douleurs, avec angoisse du cœur.

Ignatia 12e ou 18e répond à une fièvre dans laquelle on observera: froid qui cède au chaud extérieur; chaleur d'une partie du corps et froid des autres; chaleur extérieure sans soif; *soif dans le froid, non dans le stade de chaud.*

Antimon. tartar. peut réussir quand il y a somnolence avec l'arrivée de l'accès.

Opium 6e convient à l'intermittente soporeuse, ainsi que *bellad.* et *china.*

Sabadilla répond à la fièvre quarte et à celle dont les accès reviennent à heure invariable, avec un stade de frisson court, soif, puis chaleur, etc.

On peut encore trouver des cas où l'on se trouvera bien d'employer *arnica*, *ipécac.*, *rhus*, *spong.*, *bryonia*, *plumb.*; et lorsque les antipsoriques seront nécessaires, le choix roulera sur les suivans: *tinct. sulph.*, *natrum. muriat.*, *lycopod.*, *ammonium muriat.*, *calcarea. carbon.*, *carbo veget.*

Le docteur Schubert s'est bien trouvé, dans le cas de psore compliquant la fièvre intermittente, d'aider l'action des antipsoriques par l'application, entre les deux épaules, d'un emplâtre composé avec une partie de térébenthine de Venise et six parties de poix de Bourgogne.

Fièvre intermittente par abus de quinquina.

Les antidotes connus du quinquina, sont: *ipécac.*, *arnica*, *ferrum.*, *bellad.*, *verratr.*

Quand une autre indication n'est pas trop prononcée, il convient de commencer par une, deux ou trois doses d'*ipécac.* 6e de 4 en 4 ou de 6 en 6 heures, ou d'*arnica* 6e dilution, avant aucun autre antidote. Puis, suivant les cas.

Ferrum. 3e lorsqu'on observe: congestion cérébrale; face jaunâtre ou terreuse; le moindre aliment pèse à l'estomac et au ventre; au-dessous des côtes, et surtout à droite, grande distension, gêne et courte haleine; vomissement d'alimens; défaut de chaleur, faiblesse presque paralytique.

Bellad. 3e s'il y a excès de sensibilité; surexcitation nerveuse du corps et de l'âme; faiblesse avec tremblemens; yeux cernés de bleu; visage enflé; teinte jaunâtre des conjonctives; douleur de tête déchirante, surtout dans les tempes, revenant par périodes ou augmentée par le moindre bruit; accablement; somnolence, avec ou sans sommeil troublé par des sursauts; respiration également courte, anxieuse. La constipation, qui annonce un état contraire à cette surexcitation, ne contre-indique pas *bellad.* Enfin, après les abus du *china*, l'usage de la *bellad.* est caractéristiquement indiqué par: tension abdominale, surtout du colon transverse, que l'on sent comme une corde douloureuse au toucher.

Veratr. 12e quand il y a froid du corps et sueurs froides.

Pulsat. Alimens amers, le goût étant bon d'ailleurs.

Arsen. Quant aux symptômes fébriles, en tout peu intenses, sans froid bien marqué, mais avec chaleur longue et brûlante, suivie de peu de sueur, s'ajoutent d'autres symptômes indiquant cette substance, comme débilité, dyssenterie, etc.

L'abus de plusieurs autres médicamens capables d'entretenir la fièvre exige une longue étude.

Observation de fièvre intermittente.

M. Cr.... t, âgé de 26 ans, blond, grand, coloration ordinaire, bien pris dans sa taille et d'une complexion robuste, possesseur d'une habitation qui avoisine des marais, y contracte une fièvre intermittente, qui cède plusieurs fois au quinquina et qui se reproduit toujours avec des symptômes plus violens. Les saignées, la diète, de nouvelles doses de sulfate de kinine réussissent, avec grande peine, à rompre les accès. Malgré cela, M. Gr.... t ne se trouvait point en bonne santé, et il sentit les accidens précurseurs de sa fièvre revenir pour la dixième fois, le 15 mai 1832. Un accès eut lieu le 17. Le malade me consulta le 19. Il était faible, sans appétit, la face pâle avec les conjonctives et le pourtour de la bouche jaunâtre; langue saburrale; constipation; abdomen tendu; épigastre douloureux au toucher; il éprouvait des pandiculations qui lui faisaient appréhender son accès pour la journée. Il prit de suite *aconit* $\frac{0}{30}$, et 6 heures après, *nux* $\frac{00}{30}$.

Le 20 mars, l'accès n'a pas eu lieu; le teint du malade est déjà meilleur; la langue plus nette; l'appétit plus prononcé; le moral relevé, etc.

Les 21, 22, 23, 24, se passent sans accès et avec un bien-être progressif.

Le malade prit, le 26, *ignatia* 12e, et tout continue à s'améliorer.

Le 3 avril, après une partie de chasse, le malade se plaignit de nouveau de malaises ressemblant à ceux qui, d'ordinaire, lui annonçaient ses accès de fièvre; le pouls était déprimé, la peau froide, l'œil jaunâtre; il prit ce jour là *arsen.* 30e. L'accès n'eut pas lieu et le bien-être reparut. M. Cr....t n'a plus ressenti depuis aucun mouvement fébrile; sa santé n'a même pas été dérangée.

IXe *forme. Typhoïde.*

Le mot *typhus* signifie stupeur. La stupéfaction du regard, celle des sens et de tout le système nerveux, est un phénomène commun à la plupart des fièvres graves, et c'est en s'appuyant sur la véritable signification du mot que Cullen étendit considérablement le cercle des affections typhoïdes. Pour lui toute maladie aiguë, fébrile, avec stupeur, air égaré, jointe à des symptômes fâcheux, était un typhus. Il est difficile, en effet, de tracer des lignes de démarcation entre les nuances si légères et si variables des maladies que caractérise ce symptôme dominant d'inertie cérébrale. Les phlegmasies intenses des principaux viscères, celles du foie, du poumon, etc., peuvent, sans exception, se compliquer, soit dès le début, soit dans leur cours, soit à leur cours, soit à leur déclin, de cérébrite ou de cérébro-méningite, et revêtir la physionomie du typhus. Des différences très peu distinctes séparent les affections qu'on a décrites, en divers temps, sous les noms de fièvres *ataxique, adynamique, nerveuse, nerveuse maligne, lente nerveuse* d'Huxam, *hectique maligne* de Willis, *soporeuse* de Rivière, *fièvre des prisons et des hôpitaux* de Pringle, *fièvre des camps* de Boërrhaave, etc. Pinel lui-même considéra le typhus comme une fièvre tout à la fois ataxique et adynamique. M. Broussais n'admet pas d'adynamie sans ataxie préalable; de l'irritation cérébrale, primitive ou sympathique, découlent les phénomènes ataxiques, c'est-à-dire les désordres nerveux; l'adynamie, en d'autres termes l'abolition des forces et l'inertie générale, s'y associent bientôt ou leur succèdent.

D'après le professeur Broussais, toute phlegmasie viscérale intense, abandonnée à elle-même ou soumise à une médication stimulante, doit, si la mort ou la rémission n'arrivent pas, aboutir en définitive à la forme adynamique; mais avant d'y parvenir, elle passe nécessairement par la forme ataxique, et les symptômes caractéristiques de ces deux formes se confondent souvent si bien, que la plupart des auteurs ne les ont point distinguées. Brown comprenait l'ataxie et l'adynamie sous le nom collectif de *fièvre asthénique;* et sous celui de *fièvre nerveuse*, d'autres confondaient les deux ordres de symptômes. Comment aurait-on pu s'entendre mieux quand nos souffrances, celles avec stupeur comme les autres, échappent par leur diversité infinie aux classifications de l'école, *fièvre pétéchiale, fièvre pourprée, fièvre pestilentielle*, etc.? Chaque auteur a décrit le typhus à sa manière, et toute division est arbitraire.

Les symptômes d'un typhus ne diffèrent en rien de ceux qui s'offrent dans les fièvres inflammatoire, muqueuse, gastrique, adynamique, ataxique, etc., diversement groupés, mais toujours avec prédominance des symptômes cérébraux. Ceux-ci, quelque variété qu'ils présentent, ne dépendent pas moins de l'irritation de l'encéphale ou de ses annexes. Le typhus, après la mort, laisse des traces de phlogose dans le cerveau et les méninges, comme dans les viscères; en un mot, c'est, suivant l'occurrence, une gastro-cérébrite, une entéro-cérébrite, une hépato-cérébrite, une pneumo-cérébrite, une pleuro-cérébrite, etc., et soit que l'encéphalite ait été primitive ou consécutive, c'est le trouble ou l'inertie du système nerveux qui entraîne la forme typhoïde. Il semble que le cerveau, centre des sensations et des volitions, moyen d'union qui lie les autres organes entre eux, n'ait plus, dès que lui-même est menacé, la faculté de présider à la conservation du tout dont il fait partie. La fonction respiratoire l'emporte en inertie sur toutes les autres, d'où résultent l'abolition de l'hématose (principal caractère du typhus), l'excessive lenteur de la circulation, l'état noir du sang et le défaut général d'excitation, qui en sont des conséquences.

Il n'y a pas de différence, avons-nous, dit quant aux symptômes entre le typhus des prisons, des hôpitaux, etc., et la fièvre adynamique chez un malade isolé; ce sont les mêmes organes qui souffrent : l'intensité seule des causes est différente.

Cependant, malgré l'analogie des tableaux morbides, quelques auteurs ont réservé l'expression de typhus pour les fièvres graves dont la cause est vraisemblablement miasmatique, comme la peste, le typhus des camps, la fièvre jaune, etc., maladies dans lesquelles on peut supposer que la stupeur est le produit d'une sorte de toxication des nerfs et du cerveau, par le contact ou l'inspiration de gaz délétères, de miasmes émanés des voieries, des fossés infects, des cimetières, des champs de bataille, des débris de boucherie, des égouts, des corps morts ou de baleines échouées sur le rivage, des terres marécageuses, des eaux stagnantes qu'une multitude d'insectes imprègnent de mucus animal, etc. (1).

D'autres causes peuvent amener la stupéfaction nerveuse d'une manière secondaire, en gênant la transformation du sang noir en sang rouge dans l'acte respiratoire; ainsi : la dilatation extrême de l'air atmosphérique par une température très élevée, la raréfaction de l'air respirable par des entassemens d'hommes dans des espaces resserrés, les vaisseaux, les prisons, les hôpitaux, etc.

La terreur, les affections morales tristes, des alimens de mauvaise qualité, sont encore des sources de stupéfaction nerveuse.

Ces différentes causes, et d'autres moins appréciables, favorisent l'état typhoïde qui s'établit d'autant plus facilement que la maladie est plus violente, le traitement plus

---

(1) Pourquoi les inflammations de cause miasmatique n'ont-elles pas leur principal siége dans les vies respiratoires? Quel est l'organe que doivent d'abord toucher les miasmes si ce n'est le poumon? Cependant la scène morbide n'est ouverte ni par le catarrhe, ni par la pneumonie.... C'est que leur extrême subtilité, qui soustrait les miasmes à l'analyse chimique, les éloignant de l'état matériel et les assimilant aux corps impondérables, il en résulte que les surfaces membraneuses ne sont point pour eux des barrières qu'ils ne puissent franchir qu'à l'aide de l'absorption lymphatique. Ils deviennent aptes à pénétrer l'économie directement par la voie nerveuse, et l'infection a peut-être lieu aussi bien par la surface cutanée que par le contact sur la membrane muqueuse bronchique. Il est présumable que les médicamens homœopathiques se comportent tout comme les miasmes, puisque, comme eux, ils sont inaccessibles à l'analyse chimique.

stimulant, le sujet plus irritable et que les circonstances environnantes sont plus défavorables.

Depuis l'érysipèle et l'anthrax jusqu'à l'hépatite et la bronchite, toute phlegmasie, comme nous l'avons dit, est susceptible de revêtir cette forme morbide, et, *vice-versâ*, toute cérébro-méningite primitive peut se compliquer de phlegmasie viscérale et cutanée, de bubons, de pétéchies, de gangrène, etc. La peau, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques, participent plus ou moins à l'état morbide des membranes muqueuses et de l'encéphale, et les taches, les parotidites, les bubons, etc., ne sont pas des accidens inséparables du typhus miasmatique.

L'état obtus des sens, la somnolence, le coma, l'indifférence, l'aphonie, la prostration, l'insensibilité, qu'on a longtemps attribués à la faiblesse, sont des conséquences de la phlegmasie viscérale réfléchie sur l'encephale, à moins qu'on n'ait affaire à une encéphalite. Les douleurs de tête qui accompagnent les gastro-entérites (point qu'ont éclairé les autopsies cadavériques), siégent plus particulièrement à la périphérie de l'organe encéphalique, et quand, par les progrès du mal, l'irritation prédomine dans cette région, l'on voit apparaître le cortége des symptômes cérébraux. *Lésions mentales, lésions sensitives, lésions loco-motrices*, s'observent alors. Aux premières se rattachent la tristesse, le découragement, le délire taciturne ou loquace, la stupeur, etc. Aux lésions sensitives, les hallucinations, les troubles de la vue, de l'ouïe, la perversion des sens du goût, de l'odorat, du tact, etc. Aux lésions musculaires enfin, les convulsions des membres, des muscles de l'œil, de la face, des bras, la tendance des membres à la flexion, l'état tétanique si l'inflammation se propage à la moelle vertébrale, les symptômes de la catalepsie, de l'épilepsie, etc. Les diverses fonctions sont perverties ou suspendues, la lenteur du pouls est souvent excessive dans l'ataxie comme dans l'adynamie. Une espèce d'asphyxie, de diminution ou d'abolition dans la faculté oxigénante du sang, laisse celui-ci persister à l'état veineux; de là la lividité, la cyanose, la coloration brune de la peau, des lèvres et des membranes muqueuses. C'est peut-être aussi à cet état noir du sang qu'il faut rapporter cette stupeur caractéristique, cette sorte d'ivresse qui met entrave à l'action nerveuse (une forte chaleur atmosphérique, l'encombrement, les rassemblemens d'hommes, doivent favoriser ce défaut d'oxidation du sang ou d'hématose), la langue noircit, la bouche se remplit d'une mucosité brune, noirâtre, fétide. Cette fétidité s'exhale par toutes les parties du corps, par les urines, les sueurs, les selles. L'extrême flaccidité des chairs, une inertie cadavéreuse, complètent cet affligeant tableau d'une des formes de nos souffrances.

La prostration et la stupeur sont plus ou moins promptes à se manifester, suivant la violence avec laquelle la maladie a fait explosion, et les chances de terminaison varient. Quelquefois des hémorrhagies ou d'abondantes sueurs préservent les jours du malade; d'autres fois des parotidites, des dépôts critiques, des escarrhes, des érysipèles considérables de la jambe, du scrotum, lors même qu'ils passent rapidement à la gangrène, sont envisagés comme des planches de salut. Il n'en est pas de même du coma, des pétéchies noires, de la diarrhée, compagnons d'une agonie lente et prolongée. Il peut enfin arriver que les états ataxique et adynamique s'évanouissent pour faire place à la fièvre hectique et au marasme; ce n'est qu'une mort plus tardive vers laquelle le malade s'avance douloureusement au milieu du désordre des fonctions que rien désormais ne saurait plus rétablir, quand toute réaction vitale est éteinte.

Il est des typhus à types remittens, et les complications leur impriment, comme aux autres fièvres, des physionomies variées. Le professeur Broussais rattache à cet ordre d'affections la peste, le choléra, la fièvre jaune; mais ces maladies exigent une étude spéciale.

Thérapie. Les méthodes de traitement ont varié pour le typhus en raison des théories pathologiques. Chirac, Desperrières, Pringle, ont employé et conseillé les moyens les plus contradictoires; mais l'emploi des toniques a très longtemps prévalu. C'étaient le *contrayerva*, le *lilium*, l'*ammoniaque*, l'*acide sulfurique*, le *camphre*, le *nitre*, le *quinquina*, le *safran*, la *serpentaire de Virginie*, etc. le tout par gros, par onces, par litres. Le danger de ces méthodes incendiaires et l'inutilité des toniques, sous l'influence desquels on voyait au début se déployer plus rapidement le caractère typhoïde, avaient été signalés déja par quelques praticiens célèbres, qui adoptaient l'usage des antiphlogistiques à l'époque où les théories de *Brown* vinrent de nouveau rejeter la médecine hors du sentier de l'expérience. Plus récemment, le professeur Broussais, auquel l'humanité est redevable d'une salutaire et complète réforme dans le traitement des fièvres en général, a borné celui du typhus aux boissons émollientes, aux sédatifs, au froid et aux émissions sanguines locales pratiquées successivement partout où se montrait l'irritation, mais avec recommandation expresse de les modérer autant que possible, surtout quand la cause est miasmatique; car il avait reconnu qu'il est une époque dans le cours de ces maladies où les pertes de sang ne font plus qu'accroître le trouble nerveux, la fétidité, la flaccidité des chairs, etc. Qui de nous n'a pas vu, lorsqu'une gastro-entérite se complique de phénomènes nerveux ou ataxiques, les saignées activer le développement des symptômes cérébraux?

Plusieurs professeurs, et M. Chomel est de ce nombre, ont soutenu l'opinion que la marche d'une fièvre adynamique ou typhoïde est toujours et invariablement la même, quel que soit d'ailleurs le mode de traitement mis en usage. La majeure partie des praticiens de nos jours n'oppose à ces affections que la méthode expectante, et de bons observateurs ont constaté que dans les cas dont il s'agit, non moins que dans le choléra, la peste, etc., il y avait pour les malades livrés aux seuls efforts de la nature plus de chances de guérison que pour ceux que l'on traitait médicalement.

Certes, si de telles remarques sont fondées (et nous le croyons) celui des médecins allopathes qui partagera cette opinion, quelque incrédule qu'il soit d'ailleurs à nos paroles et à la découverte de Hahnemann, ne pourra alléguer sa conscience et la croire chargée quand il essaiera de substituer à une vaine *expectation* le secours *très innocent à son avis* des moyens homœopathiques.

Quant à nous notre opinion personnelle, qui ne peut désormais s'infirmer, est que toute méthode allopathique, *agissante ou spectatrice inactive du mal*, n'est qu'un

aveuglement des plus coupables, puisque l'homœopathie nous offre d'admirables ressources pour faire avorter la maladie, ou, quand elle est déjà déclarée, en favoriser l'heureuse issue.

Les symptômes qui font cortége aux affections typhoïdes sont très nombreux et très variables, mais la matière médicale pure nous offre de son côté un grand nombre de substances qui, chacun, en son temps et tour à tour suivant l'occasion, seront aptes à dissiper rapidement ceux des symptômes auxquels elles seront homœopathiques.

Comme effets pathogénétiques purs qui correspondent à des symptômes typhoïdes, on trouvera, par exemple, dans *la bryone* : vertiges, défaillance, fuite des idées, congestions à la tête, céphalalgie, palpitations des muscles de la face, prostration musculaire, agitation, délire, etc.; dans la *belladone*, ivresse, dilatation des pupilles, mal de tête, convulsions, visions, délire, etc.; dans l'*acide phosphorique:* vertiges, absence d'idées, scintillations, visions, obtusion de l'ouïe, pétéchies, engourdissement des membres, prostration, insomnie, angoisse, horreur du mouvement, etc., etc. Enfin, les remèdes dans les symptômes desquels on peut chercher des analogues aux symptômes des fièvres typhoïdes, sont principalement encore : *rhus, nux, aconit, arnica, ignatia, cina, hyosciam., stramonium, pulsatilla, cocculus, camphora, opium, hellebor., veratrum, digitalis, acid. muriaticum, china*, etc.

Tâchons d'indiquer ici quelques cas d'application de ces divers modificateurs, mais observons bien que rien ne peut suppléer, pour le praticien, à une étude approfondie de la matière médicale pure. Nous sommes dans l'impuissance de prévoir et d'énumérer les complications sans nombre qui font varier les indications curatives.

Dans la forme adynamique, où la gastro-entérite prédomine sur la complication cérébrale, si l'on n'est pas appelé à temps pour faire avorter la maladie, dans la période de prodromes, par les moyens qui rentrent dans le traitement des fièvres gastrique, bilieuse, muqueuse, etc., et si la maladie est établie, on peut opposer : *nux vomic.* 30e aux symptômes gastriques et bilieux, s'ils dominent, lorsqu'il y a exaltation de la sensibilité et de l'irritabilité, avec constipation, céphalalgie, état pléthorique, etc. *China* 9e ou 25e au début, surtout s'il y a des hémorrhagies, grande faiblesse, etc., ainsi que *ipecac.* 3e, et *hyosciamus* 12e; ce dernier surtout quand il y a convulsions ou crampes. *Opium* 6e combattra au besoin la constipation, l'inertie, l'absence d'irritabilité générale, etc. *Arsenicum* 30e rendra d'importans services dans l'état le plus grave, quand on observera, chaleur brûlante, anxiétés, pétéchies, colliquation, etc.

Dans le *typhus simple* (*versatilis*), caractérisé par une vive excitation de l'encéphale, des sens, une activité anormale des fonctions, l'imminence d'un congestion cérébrale réclamera d'abord : *aconit., bellad.* ou *bryonia*, moyens qui souvent écarteront le danger dès sa première apparition. *Aconitum* 24e ou 30e sera préférable, si les symptômes angioténiques sont prononcés, et lorsque l'irritation nerveuse paraîtra moindre que la vasculaire. *Bellad.* 30e, au contraire, est plus indiquée quand il y a égale excitation des deux systèmes sanguin et nerveux, ou que ce dernier est plus irrité, qu'il y a trouble de la vue, bruissement d'oreilles, engorgement des vaisseaux de la tête, etc., à plus forte raison si des symptômes plus graves, tels que tremblemens, agitation, délire, convulsions, etc., ou si des complications d'érysipèle, d'éruption, etc., ont rapport à d'autres symptômes plus graves, tels que tremblemens, agitation, délire, convulsions, etc., ou si des complications d'érysipèle, d'éruption, etc., ont rapport à d'autres symptômes de ce médicament. *Bryonia* 24e ou 30e convient quand la congestion de l'encéphale se présente avec une douleur de tête plus *déchirante* que *primante*, des points qui semblent porter au délire par leur durée, des battemens au front et aux tempes, etc., et qu'il y a des symptômes gastriques. Des contractions musculaires jointes à un violent délire, avec rougeur de la conjonctive, réclameront *bellad.*, mais *nux* lui sera préféré dans le cas où le délire sera léger, les crampes musculaires plutôt dans les viscères digestifs, l'estomac, les intestins, le rectum, d'où constipation, inquiétude. L'exacerbation le matin offrira des chances pour le succès de *nux* 30e. Dans ce même cas d'irritation intestinale nerveuse, crampoïde, mais avec exacerbation le soir, délire, points douloureux dans les articulations qui s'exagèrent par le mouvement, ce sera *bryonia* 18e. *Rhus* 30e répondra encore à des cas analogues, lorsque la douleur aura un caractère pongitif, qu'elle sera plus forte dans le repos, avec accablement, faiblesse comme paralytique de quelque partie, toux courte, convulsive, tension de la poitrine, angoisse, anxiété, etc. *Chamom.* 6e répond aux secousses spasmodiques, aux selles diarrhéiques, etc. *Stramonium* 9e aux spasmes musculaires, rire sardonique, mouvemens convulsifs du visage, contorsion des yeux et des paupières, spasmes de la gorge en avalant, tremblement des membres et de la langue quand elle sort, urine retenue et délire furieux, etc., *hyosciam.* 12e au même cas, mais surtout : *gaîté extrême*, carphologie, soubresauts tendineux, convulsions légères des bras et des jambes, pouls petit et faible, ou plein et dur, tension, raideur de tous les muscles, chaleur brûlante, délire presque continuel, urine très rare, plutôt par défaut de sécrétion vésicale, etc. (Notez bien que les urines et les selles involontaires, sans conscience, dues à l'inertie des sphincters, n'indiquent pas *hyosciam.*) *Digitalis* 30e répond à la lenteur extrême du pouls, à une grande chute de vitalité, etc.; *ignatia* 18e aux alternatives brusques de tristesse et de joie, à la variabilité étrange d'humeur, de sentiment, d'esprit, etc.; *pulsatilla* aux pleurs, à la timidité, aux idées mélancoliques; *acid. muriatic.* 3e ne peut être remplacé dans les deux circonstances où le malade se glisse dans son lit, soupire, gémit dans le sommeil, et que le malade ne peut, malgré sa volonté, mouvoir sa langue, qui est comme paralysée par une extrême sécheresse. *Acid. phosph.* 9e s'applique au cas d'éruptions de boutons brûlans, avec prostration très grande dès le début, fréquentes alternatives de froid et de chaud, avec humeur irritable, irascible, égoïsme, chagrin, images confuses dans l'état de veille, etc.

Dans la nuance qu'on a nommée *fièvre nerveuse stupide*, on opposera avec succès :

Opium 9e à des yeux fixes, des membres raides, le

malade étant muet, immobile, léthargique, avec pouls petit, intermittent, respiration inégale difficile, stertoreuse, râleuse, etc.

Cocculus 12e, *arnica* 6e à l'état soporeux. Le premier, quand il y a langueur vitale, tremblement des membres, apparence de paralysie, angoisse subite par courte haleine et palpitations de cœur; le second, quand le malade est étendu comme après un coup violent sur la tête, plein de conscience sans délirer ni pouvoir bouger.

Hyosc., *stramon.*, utiles dans le même cas que *cocculus* quand à l'immobilité paralytique générale se joignent, spasmes et convulsions musculaires d'un ou de quelque groupes de muscles. Le premier des deux médicamens est indiqué par les métastases sur l'encéphale, quand le malade, ayant chaud, ne désire pas l'air, ne sait ce qu'il veut, méconnait ses parens, répond de travers, parle faux les yeux ouverts, forme des entreprises folles, veut courir, crie, gémit sans dire pourquoi, se contusionne le visage, joue avec les mains, gesticule en insensé, laisse aller ses excrémens, râle, etc.; état qui tient plus du typhus versatilis que du soporeux.

Spiritus nitr. dulcif. Une goutte dans une once d'eau, par cuillerées pendant 24 heures, enlève cette torpeur de l'intelligence, où l'on voit le malade immobile, sans dormir, sans parler, ne répondre qu'à peine aux plus vives sollicitations, et sembler entendre sans comprendre. A cet état répondent aussi *bellad.*, *rhus*, *bryon.*, *nux*, etc.

Le *typhus compliqué* de fièvre inflammatoire chez un sujet robuste et jeune, soit qu'aucune phlegmasie viscérale ne soit franchement établie, soit qu'il y ait pneumonie, hépatite, etc., réclame d'abord une forte dose d'*acon.*, une goutte entière, par exemple, de la 24e dilution et une dose plus faible 5 heures après; et la maladie cède ou se simplifie. Les symptômes dominans indiquent-ils alors l'*encéphalite? bellad.* Indiquent-ils la *pneumonie? bellad.* 30e *bryon.* 18e, *rhus* 30e; l'*entérite*? *aconit* 30e, plusieurs fois, jusqu'à ce que le typhus soit dégagé de cette complication; l'*hépatite ? acon.*, *nux*, *bryon.*, *puls.*, *mercur.*, le dernier surtout, à la 12e dilut., dans les fièvres nerveuses avec langue et bouche livides, aphtes, salivation.

Le typhus que complique une *gastro-entérite* avec caractère *bilieux* est souvent le produit des traitemens incendiaires de l'allopathie, et réclame les moyens qui répondent aux deux élémens de la maladie complexe. (Voir aux fièvres gastr. bilieuses.)

La complication catarrhale, en automne, exige *arsenicum* 30e, surtout quand il y a faiblesse, angoisse extrême. Si l'on soupçonne une éruption prochaine, *ipeca.* 3e, *bryon.* 18e. L'apparition du hoquet, d'une *miliaire blanche*, sont de très mauvais augure : *acon.*, *bell.*, *digit.*, *cina.*, *coccul.*, *ignat.*

La forme *putride* et *stupide* du typhus est l'espèce la plus funeste et à laquelle appartiennent les diverses pestes.

Celle qui a reçu le nom de *fièvre lente nerveuse* peut s'établir à la suite de toute maladie aiguë mal traitée; elle exige le traitement rationnel de ces mêmes maladies primitives. La faiblesse innée ou acquise dispose à ce genre de fièvre qu'on peut voir se développer par gradation. Les premiers jours, l'angioténie peu marquée fait croire à une maladie légère, de faibles frissons, bâillemens, soupirs, chaleur erratique, prodromes de fièvre catarrhale, sans catarrhe; faiblesse, impuissance, trouble du système nerveux; exacerbation nocturne et pendant la digestion; l'excitation du début devient stupeur, sorte d'état paralytique; etc.

Cette maladie est-elle due à de longs chagrins, *acid. phosph.* y est indispensable pour commencer le traitement. Pour l'influence des autres causes, on connait les cas où conviennent *ignat.* *chamom.*, etc. *Coccul.* quand il y a rougeur chaude, désagréable, passagère, brûlante des joues, exacerbation le soir avec chaleur des mains, ardeur générale pendant l'insomnie de la nuit; fréquens frissons le jour avec délibité qui oblige à se coucher, grande susceptibilité, colériceité.

Camph. Une goutte toutes les 2 ou 3 heures quand il y a chute des forces, de la sensibilité, de la calorieité, etc. *Ver.* 12e, quand il y a fièvre tantôt le matin tantôt le soir, avec rougeur et chaleur du visage, chaleur des mains, frissons intercurrens, faiblesse, incurie, fatigue. *Hellebor.* 9e, et chez les sujets irritables 12e, froid de tout le corps, mains froides hors du lit, chaleur interne brûlante, tête prise, somnolence, pesanteur et fatigue des pieds, raideur des jarrets, sueur générale sans soif. *Ars.*, *digit.*, *china conium*, *cupsum*, peuvent encore trouver ici des cas d'application.

Observation d'affection typhoïde compliquée.

M. C., âgé de 21 ans, étudiant en droit, blond, lymphatique, caractère doux et paisible, peu actif, après un excès d'étude pendant la saison pluvieuse, éprouvait depuis 15 jours du malaise, du dégoût pour le travail, des lassitudes, des frissons irréguliers, un froid des membres qui résistait au feu le plus ardent, et une tumeur indolente des glandes de l'aine gauche. Le 28 janvier, la chaleur se rétablit aux pieds après un accès de frisson qui fut suivi d'un mouvement de fièvre; son état s'aggrava, et appelé le 2 février, je trouvai le malade couché en supination, avec prostration complète des forces, air égaré, stupide, face pâle, pupilles dilatées, insensibilité, réponses tardives et à peine articulées, flaccidité des chairs, peau sèche, petite toux faible, langue un peu saburrale et aride, météorisme, urine rare, point de selles. Les 3 et 4 février, le malade est sinapisé, sans rougeur obtenue à la peau, entouré de cataplasmes et tenu aux boissons et aux lavemens émolliens; tout s'aggrave : délire, hémorrhagies fréquentes par le nez, stupeur plus profonde, paroxysmes violens de fièvre, pendant lesquels le malade a des hallucinations et des mouvemens désordonnés. Deux doses d'*acon.* 30e. administrées dans la journée du 5, ont pour résultat l'apyrexie et la cessation des hémorrhagies. Le 6 tous les phénomènes cérébraux cessent, et le malade, sorti de l'état de stupeur, accuse une douleur thoracique sourde; la toux augmente, et s'accompagne, le 9 au soir, d'un crachement de sang assez abondant. Il cède promptement à *bryonia* 18e, et tout s'améliore. Le 15, faiblesse extrême, *china* 15e, mieux soutenu, mais toujours symptômes de catarrhe; l'expectoration devient épaisse, jaunâtre; le malade prend des forces, se lève, mange. Le 18, *stannum* 6e est suivi d'un changement subit dans l'état catarrhal, et le 25 du même mois la guérison est confirmée. Le bubon, toujours indolent, est presque effacé.

GUEYRARD, *docteur-médecin.*

Sur les Rapports de l'Homœopathie avec les méthodes qui l'ont précédée, et sur ce qu'il faut entendre par médecine rationnelle.

Bien des gens ont l'air de croire que l'homœopathie, tombée des nues, et complètement étrangère à tout ce qui a été fait et trouvé dans l'art de guérir depuis le commencement du monde, dédaigne brutalement et confond dans une proscription commune, tous les travaux qui l'ont devancée.

Ce reproche, mérité sans doute à bien des égards, par les doctrines dont l'école a successivement porté le joug, ne saurait atteindre la doctrine de Hahnemann, et nous repoussons de toutes nos forces une manière si commode et si injuste de la flétrir, d'après l'aperçu le plus vague et le plus infidèle.

Armée de toutes les vraies conquêtes de l'art qu'elle vient régénérer, honorant tous les grands noms, appréciant tous les utiles travaux de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de l'hygiène, l'homœopathie rejette loin d'elle tout le fatras dont les a surchargées l'esprit d'hypothèse et d'arbitraire, et elle remplace une thérapeutique incertaine, pauvre et souvent funeste, par des procédés sûrs et puissans.

En tout cela, fait-elle autre chose qu'user du droit le plus salutaire, le plus sacré, et suivre l'exemple de tous ceux à qui la science est redevable de quelques progrès? Jenner devait-il enfouir sa découverte pour ne pas rendre inutiles les honorables travaux de ses maîtres, sur la variole, sur l'inoculation? De combien d'élucubrations savantes, de théories révérées, n'ont pas fait justice les expériences de Haller, les observations de Morgagni? Quelle nosologie a respecté Pinel? Quelle classification de Pinel Broussais a-t-il ménagée? Et quand l'homœopathie vient à son tour balayer le terrain, qui de nous regrettera de bonne foi de voir tomber devant elle ces échafaudages temporaires de spéculations et de systèmes que nous sommes tellement habitués à voir s'élever et disparaître?

Médecins savans, médecins expérimentateurs, sachez bien que, fille légitime de l'expérience et du savoir, l'homœopathie ne rejette que ce qui ne vaut rien, ou ce qu'elle remplace avec avantage; qu'elle utilise d'ailleurs tout ce qui a été fait de bien par ceux qui l'ont précédée, qu'elle appelle à son secours, à son développement toutes les connaissances, toutes les lumières, tous les travaux. Il n'y en aura jamais assez pour elle.

Peut-être ne sera-t-il pas hors de propos d'entrer à cet égard dans quelques détails qui serviront à dissiper des préventions légèrement adoptées, au sujet de l'école de Cœthen.

La nouvelle manière d'employer les modificateurs de l'organisme est-elle, par exemple, incompatible avec la théorie de l'irritation? La médecine physiologique doit-elle accueillir l'homœopathie comme une étrangère, et en refuser l'admirable secours? Pas le moins du monde.

L'école fondée sur le principe de l'irritation nervoso-vasculaire, combat cette dernière en apaisant, par une hémorrhagie locale, l'érection vitale excessive du foyer inflammatoire; n'atteindrait-elle pas le même but, en adoptant les ressources de l'homœopathie par un moyen très simple, et qui, sans offrir l'inconvénient d'affaiblir une des grandes conditions de la vie, agit *tutò, citò, blandè*, détruit l'érétisme nerveux de la fibre irritée, et replace presque aussitôt le sang dans les voies normales? A ce sujet, nous aurons bientôt l'occasion de signaler les effets surprenans des atomes d'*aconit napel*.

Plus un organe est irrité, dit la médecine physiologique, et plus il a de tendance à contracter un surcroît d'irritation; écartons d'abord toute stimulation capable de favoriser cette disposition morbide. Serait-il moins physiologique de dire, en vertu de la loi *ubi stimulus ibi fluxus :* les molécules introduites dans la circulation ont toutes une tendance vers le foyer d'irritation; mais, *à fortiori*, celles qui ont une sorte de parenté homœopathique avec le tissu malade, c'est-à-dire, que les expériences sur l'homme sain ont démontré s'y diriger par une affinité spéciale. Telle est celle de la cantharide pour la vessie, celle de la digitale et du colchique pour le cœur, du cocculus pour les reins, etc. Mais la sensibilité organique étant exagérée à l'excès dans les tissus enflammés, on conçoit que les substances à action spécifique doivent être administrées sous une atténuation d'autant plus élevée que la maladie est plus aiguë. L'expérience a conduit à des atténuations incroyablement faibles pour arriver au degré qui doit modifier suffisamment et sans inconvénient les points malades. L'expérience a encore démontré que la promptitude d'action du remède, et, par suite, de la guérison, est en raison directe de l'intensité de la maladie, et *vice versâ*. L'état fébrile dans l'état aigu, de même que l'exercice dans l'état chronique, activent l'action des remèdes homœopathiques. Il est une foule d'autres observations très curieuses que nous signalerons en temps et lieu à l'attention des observateurs.

Découvrir le point de départ du trouble morbide; combattre les symptômes apparens en apaisant l'irritation locale qui les développe; étouffer l'inflammation d'un organe, en évacuant le sang qui y afflue; ajouter à ce premier bienfait, par la soustraction des alimens et de tout autre stimulation, par l'inaction de la partie malade, la sédation appliquée sur elle, tandis qu'au besoin on révulse sur une partie qui n'est ni irritée, ni en relation sympathique avec le foyer, etc.; ces préceptes, comme tous ceux de la doctrine physiologique de France, sont, sans contredit, rationnels, et nous avons toujours apprécié avec admiration les bienfaits qu'on doit à l'immortel auteur de cette réforme médicale. De toutes les méthodes qui successivement se décorèrent du titre de rationnelles, celle du professeur Broussais, seule peut-être, a mérité ce nom; seule elle a pu s'intituler *le bon sens appliqué à la médecine*. Employée dans toute sa pureté, elle est la plus douce de celles qui ont précédé l'homœopathie; néanmoins elle nécessite des moyens actifs, énergiques, perturbateurs, inévitablement suivis de débilité, d'une convalescence quelconque, etc. Ces conséquences, préférables aux dangers de la polypharmacie, le seront-elles aussi à la nouvelle thérapie, si son usage démontre :

1° Qu'avec elle il n'est pas de maladie aiguë possible.

2° Qu'elle atteint les affections spasmodiques contre lesquelles échoue même la méthode antiphlogistique.

3° Qu'elle n'entraîne ni faiblesse, ni convalescence, ni régime rigoureux, ni maladie surajoutée, telle que sinapisme, vésicatoire, cautère, purgatif, etc.

4° Que dans sa nouveauté même, elle guérit déjà les scrophules, la goutte, les caries, certaines tumeurs et les trois quarts des maladies chroniques, jusqu'ici le désespoir de la médecine.

5° Qu'elle peut détruire dans l'enfance et même chez l'adulte, le germe des maladies chroniques, de manière à épargner ces dernières à la génération future, et à prolonger de plusieurs années le terme moyen de la vie humaine.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici la valeur de ces assertions, qui veulent surtout s'appuyer sur des faits nombreux. Bornons-nous à justifier l'homœopathie de quelques-uns des reproches qu'on lui adresse.

Elle ne s'explique pas clairement, dit-on. Mais explique-t-on mieux l'action des modificateurs en général? Savons-nous en vertu de quoi tel est sédatif, tel autre stimulant? Pourquoi les nitrates influencent les voies urinaires? Pourquoi l'opium fait dormir? A cette dernière demande, ferions-nous une réponse de beaucoup meilleure à celle d'Argan : *Quia est in eo virtus dormitiva?*

Quelle est la substance réellement active dont les effets ont pu être expliqués? Le raisonnement a-t-il présidé à l'adoption du quinquina, du soufre, du mercure? Le hasard seul a dévoilé leur spécificité, et leur emploi est un pur empirisme.

Il est commode d'élever l'édifice d'une doctrine sur un phénomène sensible tel que celui de l'irritation, et malgré cette base positive, évidente, toute l'imagination d'un homme de génie ne pourra fournir des explications dénuées d'hypothèses pour tous les accidens morbides qui en résultent. Et d'abord, savons-nous bien ce qu'est l'inflammation elle-même? Nous la jugeons par ses quatre caractères, tumeur, chaleur, rougeur, douleur; mais la cause occulte de ces quatre phénomènes caractéristiques nous sera probablement toujours un mystère aussi impénétrable que celui des actes vitaux. Personne a-t-jamais vu l'épine vanhelmontique? Est-il d'ailleurs bien juste de nommer *excès de force vitale, exaltation des propriétés de la vie*, l'état du tissu vivant qui précisément cesse d'agir? dont la désorganisation est imminente? Force et maladie en même lieu ne sont-ils pas un *non sens*?

« Nul esprit créé, a dit Haller, ne saurait pénétrer dans l'intimité de la nature, » et c'est de ce principe que S. Hahnemann est parti pour baser et féconder sa méthode. Les yeux sur ce précepte, ses élèves ont comme lui senti le vide des discussions philosophiques sur les causes premières des maladies; ils ont demandé où la manie de raisonner avait conduit jusqu'ici l'art de guérir; ils ont écarté les hypothèses, et comme notre Bichat, comme le professeur Broussais lui-même, cherché la voie du positif, du vrai, du naturel. Nous chercherons à démontrer que leur manière de procéder est en général plus rationnelle qu'il ne semble à certains théoriciens pour lesquels il sera certainement bien plus facile de faire de la critique et de prodiguer le dédain, que de voir, d'approfondir, d'interroger la nature ou de méditer les observations consignées dans les Annales de Trinks, les Archives de Stapf, le journal de Schwelkert, etc.

On reproche à l'homœopathie de ne pas raisonner assez sur les causes internes des maladies; nous verrons qu'elle les recherche avec autant de soin et plus de sagacité que ne le fait l'ancienne école, et que cette dernière, tout en s'efforçant de statuer une médication *dite rationnelle* sur les changemens morbides survenus dans l'économie et qu'elle cherche à deviner par le raisonnement, néglige en effet une foule de circonstances qui éclairent puissamment l'homœopathie sur le choix de ses moyens, comme, par exemple, les nuances de l'altération de la sensibilité. Qu'une douleur ait le caractère lancinant, pinçant, térébrant, pongitif, brûlant, déchirant, tiraillant, fouillant, cuisant, etc., qu'importent au médecin allopathiste ces expressions de son malade, superflues qu'elles lui semblent, n'étant pour lui l'indice d'aucune modification dans l'emploi des moyens qu'il a déjà l'intention d'adresser à la maladie en général? L'homœopathiste, au contraire, tire un grand parti de ces diverses lésions de la sensibilité; il va plus loin, et le remède ne sera pas le même suivant que la douleur ou l'accident dont il est question sera plus violent le matin ou le soir, le jour ou la nuit, à l'air ou dans la chambre, le malade étant levé ou couché, que le sujet sera d'un caractère enjoué ou triste, fort ou faible, etc. Nulle circonstance n'est dédaignée par l'homœopathie. Elle ne mérite pas mieux le reproche qu'on lui adresse de n'être qu'une médication symptomatique et de négliger entièrement l'étude des causes; car les dernières, soit prochaines, soit éloignées, sont pour le médecin de cette école une base essentielle du traitement. Prenons un exemple : l'expérience a établi que l'arnica fait disparaître les accidens dont les chutes, les contusions, les commotions sont accompagnées, de même qu'il a la propriété de produire chez l'homme sain des effets pathogénétiques semblables. Comment donc aborderait-on le traitement d'une maladie sans s'informer s'il existe des causes de cette nature? Des chagrins prolongés occasionent une foule de maux qu'un médecin ne pourra guérir s'il ne connaît parfaitement les symptômes appartenant à la fève de Saint-Ignace, qui, employée dans l'état de santé, donne à celui qui en fait usage l'apparence d'un homme dévoré de tristesse. — Une diarrhée sera diversement traitée suivant qu'elle proviendra de refroidissement, d'indigestion, d'irritation, du cerveau, de la phthysie, etc., suivant encore qu'elle éclatera le jour ou la nuit, suivant la nature des matières expulsées, etc., circonstances qui peuvent paraître minutieuses à la médecine ordinaire, mais qui sont indispensables au succès d'un traitement homœopathique.

Le médecin de l'école nouvelle s'appuie encore sur l'analogie, sur l'étude des tempéramens, du genre de vie de son malade, de ses habitudes, son âge, son sexe, l'état de ses fonctions organiques, l'usage ou l'abus de remèdes antérieurement pris, sur l'état de l'atmosphère, etc.; tout est pour lui, comme pour le médecin allopathiste, une source d'indications curatives; et quoique la cause primitive ne soit point liée à la maladie elle-même, que le plus souvent l'une ait disparu quand l'autre est déclarée, il n'en est pas moins vrai que la connaissance de cette cause est du plus haut intérêt, ne fût-ce que dans les cas nombreux où la maladie a

été le produit de l'art. Nous ne mentionnons pas les causes mécaniques ou chimiques ; il serait ridicule, en effet, de vouloir, par exemple, guérir, sans enlever préalablement un pessaire, la vaginite que la pression a déterminée.

La cause étant connue, reste le choix d'un remède ; ici l'allopathie est souvent embarrassé, car l'objet de la guérison, sujet de controverse entre les écoles, ne saurait jamais être assez précisé, et l'appréciation du trouble extérieur conduit bien difficilement à connaître l'état intérieur que les nécropsies même éclaircissent rarement. Presque toujours les conceptions imaginaires de ce qui doit se passer dans l'intimité de l'organisation ont leur base dans la manière de voir, individuelle et arbitraire du médecin qui les énonce, et prendront une autre forme pour un autre médecin ; d'où il résulte que plus une consultation sera nombreuse, plus on aura d'opinions sur l'essence de la maladie et d'incertitudes sur le mode de traitement. La médecine homœopathique, dans ce cas, ne voit pas cette divergence entre les médecins. Elle seule a le pouvoir de réunir les opinions de ceux qui la cultivent, et cela se conçoit puisqu'elle n'admet de guide fidèle dans le choix d'un remède que l'expression véritable de la souffrance organique, c'est-à-dire le symptôme, et d'indication curative qu'entre l'analogie des symptômes morbides et ceux que peut produire sur un homme sain une substance pure ; c'est ce qui sera développé dans la thérapeutique des maladies aiguës dont nous devons nous occuper bientôt.

L'homœopathie ne fait-elle pas encore preuve de rationalité en n'administrant jamais à la fois qu'une substance pure, afin d'en juger parfaitement l'effet, en ne passant pas à une seconde, tant que la première montre son action, et ne donnant qu'une dose très faible de la substance indiquée insuffisante pour nuire? Que doit-on entendre par rationnel, si ce n'est de se rendre toujours compte de ce qu'on fait, comme le prescrit l'homœopathie? Elle a l'avantage de connaître d'avance tous les effets du remède donné, sa durée d'action et l'antidote qui peut au besoin atténuer ses effets trop violens. Ce n'est pas tout.

La diététique est étroitement liée au succès du remède homœopathique, dont rien d'aromatisé, rien de médicinal ne doit altérer la pureté ; un choix strict d'alimens est indispensable. — Ainsi les acides augmenteraient l'action de certains médicamens et annulleraient les effets de quelques autres. — Les notions les plus claires sous ce rapport sont consignées dans des ouvrages qui traitent spécialement cette matière.

Avec tout aussi peu de raison, on a rapproché à l'homœopathie d'être un foyer d'empirisme, puisque cette méthode sévère, claire, positive, est, au contraire, le seul contrepoison possible contre la foule des hypothèses que l'on confond avec la science, et qui ne sont pas toujours sans danger. Le charlatanisme peut-il tirer plus facilement parti de l'homœopathie qu'il ne le fait de remèdes secrets? Non ; car il n'aura pas avec l'une les effets qu'il obtient des doses colossales dont sont composés les autres. Il est infiniment plus difficile d'agir bien ou mal avec une substance pure qu'avec un mélange indigeste de drogues actives ; et quel autre qu'un praticien consommé pourra découvrir la cause réelle d'un épouvantable appareil de symptômes, tels que ceux de l'hystérie et de l'épilepsie, etc.? L'empirique devra quelquefois au hasard un succès passager, mais l'homme instruit n'agira qu'avec connaissance de cause.

Envisagée dans ses connexions avec les sciences naturelles, l'homœopathie prend un rang distingué dans l'histoire de leur progrès ; elle contribuera à projeter de nouvelles clartés dans les obscurités dont s'enveloppe le mystère de la vie, à une époque surtout où les sciences physiologiques tendent à s'affranchir du solidisme, où elles ont reconnu la vanité des êtres *force vitale, propriétés vitales*, et admis l'intervention des agens physiques dans les mouvemens des fluides des végétaux et des animaux ; à une époque où les travaux de MM. Dutrochet, Fourcault, etc., viennent de donner une nouvelle impulsion à la science de l'organisation en général.

D'un autre côté, la polypharmacie, ou la complication des formules, est déjà abandonnée par la saine pratique médicale ; mais nous suffit-il d'une médecine presque négative? L'homœopathie conduira à examiner de plus près encore l'action des modificateurs de l'organisme. Puisqu'un miasme préparé détermine une maladie à cours déterminé, on en viendra peut-être à deviner les miasmes qui produisent les maladies naturelles, et à expliquer les guérisons par l'antidotisme. C'est ainsi que la belladone et le mercure produisent des symptômes qui se ressemblent, et sont antidotes l'un de l'autre. En un mot, nous touchons à une réforme en thérapeutique, et malgré les efforts d'une opposition longue et inévitable, les sciences médicales auront leur révolution.

H. Gueyrard, docteur.

THÉRAPEUTIQUE.

MALADIES FÉBRILES.

La fièvre, avons-nous dit, n'est qu'un symptôme ; c'est une irritation sympathique du cœur, transmise à ce dernier avec une facilité d'autant plus grande, que la partie affectée primitivement possède plus de relations ou de communications nerveuses avec l'origine des nerfs et avec le centre circulatoire. Ce symptôme se caractérise, comme tous ceux des irritations morbides, par l'exagération à un haut degré des érections vitales de tissu ; il n'est pas douteux que le sang lui-même ne subisse une turgescence, une dilatation anormale, sous l'influence de l'innervation. Cette dilatation est rapide à l'invasion d'une fièvre inflammatoire ; elle est brusque lors d'un accès d'épilepsie. La fièvre est un phénomène des plus ordinaires lorsqu'une cause injurieuse à la vie a révolté la sensibilité de nos organes. Elle peut cesser long-temps avant que le foyer inflammatoire ne soit éteint, parce que la sympathie que ce dernier exerce sur le cœur est susceptible de s'user comme celle exercée sur la langue ou sur d'autres tissus. C'est alors que le principe vital s'oublie, suivant Barthez (1) ; mais tandis que la nature n'apaise la fièvre qu'avec lenteur, et tend fréquemment à la chronicité, l'art peut obtenir une sédation directe, complète, quelquefois même brusque de ce trouble nervoso-vasculaire. Il ne le peut qu'en employant la voie de l'innervation et à l'aide des doses très subtilisées. L'expérience prouve qu'il est possible de rétablir l'état normal dans l'appareil circulatoire, sans recourir, comme nous l'avons fait jusqu'à ce jour, à des maux factices, au nombre desquels nous plaçons la saignée, l'hémorrhagie capillaire, la révulsion, les doses colossales de l'école rasorienne, etc.

Les nosographes qui précédèrent le professeur Broussais donnèrent un nom à la fièvre, quand ils lui connurent une une cause locale ; mais quand ils ne purent pas découvrir le point de départ du trouble organique, ils crurent la fièvre existante par elle-même, et alors, comme différentes formes étaient une conséquence du dérangement de différentes fonctions, on supposa différentes espèces de fièvres : de là des classifications fort commodes pour l'école, fort désapprouvées par la nature, et fort inutiles pour le praticien, parce que, chaque cas nouveau étant pour l'observateur une véritable spécialité, quand un groupe de symptômes s'expose à ses yeux vers le lit d'un malade, il a de la peine à le rattacher à un genre de fièvre déterminé.

Mais, tout en considérant chaque maladie, en quelque sorte, comme un cas nouveau, l'élève de Hahnemann se fonde, pour la traiter, sur l'analogie qu'il lui trouve avec tel ou tel autre cas précédemment observé. Sous ce rapport, on pourrait bien dénommer les maladies, mais jamais d'une manière absolue.

Comment guider les praticiens dans les épreuves curatives proposées, sans adopter, pour l'étude de la thérapeutique, un tableau, un ordre quelconque dans lequel soient classées méthodiquement les variétés de nos souffrances ? L'enseignement clinique pourrait seul, peut-être, s'en passer. Nous étudierons donc les maladies, autant que possible, par ordre d'appareils ; ainsi, les altérations des systèmes digestif, respiratoire, locomoteur, génito-urinaire, etc. Dans la première classe, nous signalerons à quelles nuances de gastro-entérites se rattachent les fièvres variées des auteurs. Dans la seconde nous trouverons l'angine, le croup, la bronchite, la pleurite, la pneumomie, l'asthme, etc., et ainsi des autres. N'oublions pas que tout praticien rencontrera souvent les nuances non prévues par les auteurs, et devra se guider alors d'après son expérience et sa sagacité.

Ayant pour unique objet le traitement homœopathique des maladies, nous ne ferons qu'indiquer sommairement, effleurer, pour ainsi dire, leur description générale. Nous suppo-

---

(1) A une époque où presque tout est remis en question dans les sciences non mathémathiques, il n'est permis d'être ni ontologiste, ni complètement physico-chimiste. Rappelons en passant, que pour nous les mots vitalité, force vitale, puissance dynamique (mots vides de sens en eux-mêmes), ne sont que l'indication de cette loi, de cette force inhérente à la matière organisée, en vertu de laquelle s'exécutent les mouvemens vitaux, et s'exercent ce que nous avons appelé sympathies organiques ; loi d'attraction et de répulsion qui laisse soupçonner sa nature électrique, et sans laquelle on ne peut nullement se rendre compte des actes de la vie des végétaux et des animaux, des combinaisons moléculaires, des courans de fluides, de la concrétion de ces derniers, de leur union aux solides, des phénomènes de l'irritation, des congestions, des transformations de tissu, de la cicatrisation, des productions anormales qui nous apparaissent quand l'art n'y peut plus rien, et, longtemps cachées, nous font traiter les plaignans de malades imaginaires. Les secours jusqu'ici étaient impuissans ; et en effet, quel usage les agens impondérables de ces phénomènes vitaux auraient-ils pu faire de ces doses matérielles de substances, contre lesquelles réagissent les tissus ? Et l'on nous annonce qu'un grand nombre de corps, inertes dans leur état grossier, deviennent, à l'aide de la trituration, de la dilution, de l'agitation, des modificateurs puissans de l'action moléculaire ; pouvons-nous consciencieusement refuser d'ouvrir les yeux, et, le fait constaté, y chercher les moyens d'imprimer aux mouvemens moléculaires une tendance curative ? Qu'importe que ce soit en vertu d'une électricité non identique ou autrement. Le temps d'expliquer n'est pas venu. Nous signalons seulement l'aurore d'un progrès.

sons, avant tout, notre lecteur un excellent pathologiste. Ne pouvant, dans l'état actuel, offrir à la jeunesse studieuse ni corps de doctrine, ni science complète, nous pensons qu'elle doit rester étrangère à nos travaux, qui ne devront devenir pour elle qu'un complément, plus tard nécessaire, à des études préalablement approfondies; un jour ils s'efforceront, comme nous, de reculer les limites de l'art qu'ils cultivent, et de l'asseoir enfin sur des basses plus positives et moins mouvantes que celles qu'on lui a prêtées jusqu'à nos jours.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

AOUT 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Recherches sur l'évolution spontanée du fœtus;

Par P. GUILLEMOT.

L'évènement qui a le plus excité l'étonnement de l'accoucheur, dans la présentation de l'épaule, avec déploiement du bras hors des parties naturelles, est sans contredit l'évolution spontanée du fœtus. Si, depuis les publications de Denman, ce fait est devenu un objet d'étude, on ne doit pas oublier que l'évolution s'était offerte, avant cette époque, à l'observation, et qu'elle avait conduit à des pratiques que la raison avait repoussées, parce que les faits n'étaient ni constans, ni exactement appréciés. Denman, tout en reconnaissant que la version, au moyen des pieds, était la meilleure méthode, quand on pouvait la pratiquer sans nuire à la mère, et avec l'espoir de sauver l'enfant, recommande d'attendre cette évolution, dans les conditions où le fœtus a perdu la vie, plutôt que d'avoir recours à l'art, pour vaincre les obstacles qui s'opposent à l'accouchement. En se conduisant ainsi, on peut voir l'enfant ramené à une meilleure position et expulsé par les contractions de la matrice; mais, avant de se livrer à cette espérance, le médecin doit avoir présens à l'esprit tous les évènemens qui surviennent lorsque les efforts de la nature ne peuvent pas suffire à la délivrance. La rupture de la matrice, son inflammation gangréneuse, et l'épuisement de la femme, qui, quelquefois succombe ayant encore l'enfant dans son sein, sont les accidens formidables que l'expectation peut entraîner à sa suite. Aussi, peu d'accoucheurs ont-ils imité Denman, et si nous possédons un assez grand nombre d'exemples d'évolutions des fœtus, c'est que la conversion s'est opérée à l'insu et contre l'attente de l'homme de l'art qui les a recueillis. Ils ne devait pas en être autrement : sur quelles données l'accoucheur aurait-il pu asseoir son pronostic? à quels signes pouvait-il présager la sortie du fœtus, et de quelles circonstances pouvait-il s'autoriser pour attendre impunément? Pour lui, tout était incertitude, car les questions principales qui devaient conduire à des règles fixes n'avaient pas été agitées.

On a généralement supposé que cette évolution ne pouvait s'opérer que lorsque le bassin était large et l'enfant petit ou prématuré. Dans la plupart des observations, ces conditions ont manqué; le pelvis avait ses dimensions ordinaires; la femme était au terme de sa gestation et quelquefois à son premier accouchement, et les enfans présentaient un volume assez considérable. Si le plus souvent on a vu le fœtus arriver mort, dans quelques cas il est venu au monde plein de vie. Ce qu'il y a eu de plus constant parmi les phénomènes qui signalent cette évolution, ce sont les contractions utérines, dont la violence et la durée ont empêché l'accoucheur d'introduire la main dans la matrice. Mais cette condition ne doit pas suffire, car si l'évolution n'était pas favorisée par d'autres circonstances, elle ne pourrait avoir lieu, malgré la persistance et l'intensité des douleurs. Robert Gooch, peu satisfait des explications données, a cherché, dans la position du fœtus, quelles étaient les circonstances les plus favorables à cette évolution, et quoiqu'il ne les ait pas suffisamment appréciées, il nous a mis sur une nouvelle voie de recherches, et nous a rappelé des faits qui peuvent éclairer et résoudre la question. Mais avant d'exposer ce travail, jetons les yeux sur ce qui se passe dans l'évolution spontanée.

L'évolution peut se présenter de deux manières différen-

tes : dans la première, le bras continue de rester au-dehors ou à travers les parties naturelles; dans la deuxième il remonte dans l'utérus à mesure que les fesses descendent et s'engagent dans le bassin : ce qui doit constituer deux espèces d'évolution qui méritent d'être traitées séparément, puisque la nature suit une marche différente dans l'un et l'autre cas. C'est peut-être pour avoir négligé cette division, que les amateurs on mis tant de divergence dans les opinions qu'ils ont adoptées.

Dans l'examen de ces deux pièces d'évolution, il est des erreurs qu'il est nécessaire d'éviter. Des cas de procidence du bras sous les fesses nous ont été donnés par des auteurs très graves, comme des exemples de conversion spontanée. Boer n'est point à l'abri de ce reproche, suivant Gooch, dans le fait qu'il rapporte. Cet auteur anglais aurait commis la même méprise, s'il n'avait pas pénétré dans la matrice, dans un cas de cette espèce. Je fus appelé, nous dit-il, pour faire la version; la main se présentait à-peu-près comme dans l'observation de Boer; mais en la reportant dans l'utérus, je trouvai les fesses, à l'ouverture supérieure, qui bientôt après descendirent dans le bassin. C'était seulement une présentation des fesses. La main avait glissé accidentellement dans le vagin. (*Transactions Médicales*, vol. 6, pag. 234.)

Il n'est pas rare de rencontrer de semblables faits; mais avec de l'attention, on peut découvrir quelle est l'espèce d'accouchement qui se présente. Si l'expulsion a lieu avant qu'on n'ait pu s'en assurer, il est plus naturel d'expliquer ce fait par la procidence du bras sous les fesses, que par l'évolution spontanée, à moins que le fœtus ne porte des traces de la présentation du bras ou de l'épaule. Ces remarques se reportent également sur le cas où le bras peut accompagner la tête. Ce membre peut s'échapper et arriver dans le vagin, quoique la tête conserve, avec le bassin, les rapports qu'elle a dans ses meilleures présentations. Je me rappelle avoir observé, en 1827, un fait de cette espèce; le bras était descendu dans le pelvis, et me fit craindre une présentation d'épaule; en poussant plus loin mes recherches, je découvris la tête, sur le côté gauche de laquelle le bras s'appliquait; elle continua d'avancer, et lorsqu'elle fut parvenue au détroit périnéal, la main même ne pouvait plus être sentie. Le bras était remonté, à mesure que la tête s'était engagée dans l'excavation; il est beaucoup de praticiens qui ont été témoins de semblables complications. D'ailleurs dans tous les faits où l'évolution a eu lieu, le bras a été expulsé jusqu'à l'épaule, tandis que dans les autres, la main et les doigts n'ont fait qu'apparaître dans le vagin, et lors des douleurs, le bras, loin de descendre, est déplacé et remonte. La tuméfaction de cette partie est encore un signe fort équivoque de cette présentation. Baudelocque rapporte un fait où la présentation de la tête était compliquée de la présence du bras qui s'était, pendant le travail, engorgé et tuméfié.

La première espèce d'évolution spontanée a été mal comprise en France, et les faits présentés par Denman et d'autres praticiens ont été presque toujours interprétés suivant l'opinion que cet évènement a fait naître dans l'esprit, et non d'après l'observation attentive de la marche de la nature. De tous les auteurs français, M. Champion est celui qui s'est le plus approché de la vérité, lorsqu'il exposa que, dans l'évolution spontanée, il arrive que l'enfant est poussé dans le bassin, et qu'à la faveur de la flexibilité de la colonne vertébrale, il est replié, roulé, contourné sur lui-même, de telle sorte que ses fesses descendent dans le bassin, qu'elles s'engagent successivement avec la poitrine et le bras sorti, sans que la tête ait presque quitté la place qu'elle occupait. Mme Lachapelle, dont le témoignage est d'un si grand poids en cette matière, a partagé l'erreur de ses contemporains. Devant les faits qui appartiennent à la première espèce d'évolution, elle a placé l'explication suivante : « Ce mécanisme ne commence jamais, dit-elle, qu'après la rupture des membranes et souvent après le ramollissement putride du fœtus : alors l'utérus, en se contractant, agit principalement sur l'extrémité pelvienne, qui, comme nous l'avons vu tout-à-l'heure, est la partie la plus élevée du fœtus. Cette partie, ainsi déprimée, enfonce vers l'excavation, l'épaule et la poitrine; mais la tête ne s'engage pas, et par conséquent le fœtus ne peut sortir dans cette attitude. L'abdomen d'ailleurs cède davantage à la pression; sa mollesse le rend susceptible de s'accommoder aux ouvertures du bassin; il s'enfonce plus aisément dans l'excavation, et force la poitrine d'en sortir pour remonter du côté où d'abord était la tête. L'abdomen, une fois engagé dans l'excavation, entraîne facilement l'extrémité pelvienne, toujours poussée par la contraction de l'utérus; cette extrémité s'enfonce dans le bassin; les fesses s'avancent vers la vulve, et l'enfant naît comme si l'extrémité pelvienne se fût présentée de prime-abord. »

« Remarquez que, pendant toute la durée de ce mécanisme, les fesses du fœtus sont les parties sur lesquelles l'utérus agit avec plus de force et d'énergie; d'abord à cause de leur élévation, et ensuite à cause de leur continuité avec le tronc. En effet, à mesure que la poitrine se relève, la tête, se relevant aussi, finit par être au niveau des fesses, et par conséquent soumise également à l'effort de l'utérus; mais cet effort, brisé par la mobilité du col, ne repousse point le thorax, et d'ailleurs, je le répète, les parties les plus molles ayant plus de facilité à s'enfoncer dans l'excavation, l'abdomen en chasserait encore la poitrine, quand même il y aurait des deux côtés une impulsion à-peu-près égale. » — Cette doctrine est généralement adoptée par les écrivains de notre nation; pour eux, l'évolution est une version spontanée. Les développemens qu'ils ont donnés à cette opinion, nous ont tellement éloignés des idées que les premières observations d'évolution avaient fait naître, qu'il est besoin de remonter aux faits qui ont conduit Denman à sa théorie sur l'évolution.

Premier cas. — « Dans l'année 1772, je fus appelé dans la rue d'Oxford, pour une pauvre femme qui avait été en travail toute la nuit précédente, entre les mains d'une sage-femme : j'y trouvai deux étudians dans l'art des accouchemens, qui avaient été mandés quelques heures avant moi; M. Kingston, demeurant aujourd'hui dans la rue Charlotte, et M. Goodwin, maintenant chirurgien à Werksworth. Comme l'enfant présentait le bras, ces messieurs avaient cherché à le tourner et à le tirer par les pieds; mais les douleurs étaient si fortes qu'elles empêchaient l'introduction de la main dans la matrice. Je trouvai le bras très enflé et poussé au milieu des parties externes, de telle manière

que l'épaule s'étendait près le périnée. La femme s'agitait beaucoup au milieu de ses douleurs, et pendant qu'elles continuaient, j'aperçus que l'épaule de l'enfant descendait. Concluant de là que l'enfant était petit et qu'il pourrait passer le corps plié en deux, au travers du détroit inférieur, je priai un des messieurs qui assistaient la femme, de se baisser pour recevoir l'enfant; mais les amis de la femme ne voulant pas me permettre de faire un mouvement, je restai dans la ruelle du lit, jusqu'à ce que l'enfant fût expulsé, et je fus fort surpris de trouver que les fesses et les extrémités inférieures étaient sorties avant la tête, comme si l'enfant avait présenté, dès le premier moment, les extrémités inférieures.

» L'enfant était mort, mais la mère se rétablit aussi promptement et aussi bien qu'elle aurait pu faire après le travail le plus naturel. »

Dans cette observation, le bras et l'épaule ne paraissent pas être remontés dans l'utérus, pour faire place aux fesses. Ces deux parties, loin d'exécuter ce mouvement, se sont maintenues dans la même position, et si elles en ont pris une nouvelle, elle n'est pas celle qu'on a supposée. Denman n'a eu l'espérance d'une sortie spontanée, que lorsque l'épaule s'est abaissée davantage, disposition contraire à la théorie qu'on a enseignée. Ces remarques se fortifient encore à la lecture des observations publiées à cette époque, comme des exemples d'évolution spontanée. Je ne choisirai que celle que Hay a exposée dans une de ses lettres à Th. Denman.

« Il faut que je vous donne l'histoire d'un accouchement, écrit-il, dans lequel un enfant fut expulsé par les seuls efforts de la mère, quoique d'abord le bras et l'épaule eussent été poussés dans le vagin, et que la matrice fût contractée si puissamment qu'il était impossible d'y introduire la main, comme on le fait d'ordinaire pour amener les pieds en bas.

» Les membranes avaient été rompues depuis six jours, durant lequel temps la femme n'eut que de petites douleurs. La sage-femme, dont l'assiduité n'avait pas été d'abord constante, aperçut au commencement du sixième jour, que le bras droit était tombé dans le vagin; car lorsque les membranes se rompirent, aucune partie de l'enfant ne pouvait être sentie. On avait appelé un jeune praticien, aussitôt que la position de l'enfant fut reconnue. Il fit faire à la malade une mixture avec un peu de teinture thébaïque, dont il lui fit prendre fréquemment dans la journée, et dans l'après-midi il la toucha et essaya de retourner l'enfant, mais les douleurs étant fortes et rapprochées, il trouva la délivrance impraticable. Je vis la femme pour la première fois à quatre heures après-midi, et dans un court espace de temps, j'essayai de porter ma main dans la matrice, en employant beaucoup de lenteur et de prudence; mais je fus obligé d'y renoncer, reconnaissant que l'opération était impossible, quelque force que j'employasse, et que je ne pouvais endurer la très forte compression que la matrice exerçait sur ma main en se contractant.

» Comme on avait fait, avant mon arrivée, des efforts considérables pour délivrer cette femme, je craignis qu'en recommençant ces tentatives, on ne causât une inflammation de l'utérus, et je conseillai à l'accoucheur, qui était encore à prendre soin de la malade, de lui tirer un peu de sang, et de lui donner quarante gouttes de teinture thébaïque.

» Alors je quittai la femme pour une heure : pendant ce temps elle resta dans un état de parfaite tranquillité, et elle but seulement d'une infusion de menthe, ou du lait chaud coupé avec de l'eau.

» A mon retour, je fis quelques tentatives pour achever l'accouchement, mais la constriction du col de la matrice était absolument insurmontable, et je fus encore obligé d'y renoncer; je fis donner à la malade vingt gouttes de teinture thébaïque, et la fis reposer pendant une autre heure. Les douleurs la quittèrent, et elle dormit. Quoique chaque circonstance parût alors très favorable à l'accouchement, cependant je trouvai, en faisant une troisième tentative, que la constriction dont nous avons fait mention ne permettait point d'employer avec succès aucune force, et je fus convaincu qu'il était impossible d'amener l'enfant par les pieds. Lorsque j'eus cessé de faire aucunes tentatives ultérieures, les douleurs devinrent excessivement expulsives, l'épaule descendit plus bas dans le bassin, et je commençai à concevoir l'espérance que l'accouchement se terminerait par les douleurs naturelles, comme dans les cas que vous avez eu la bonté de me communiquer : alors je laissai la femme mettre sans interruption ses douleurs à profit. L'épaule s'engagea bientôt entre les parties externes. Le côté de l'enfant fut enfin expulsé par les pieds; la sortie du placenta se fit aussi très bien. L'enfant était mort, mais la mère fut sauvée. La connaissance de ce que vous avez dit sur ce sujet fut d'une grande consolation pour moi, quand je vis que l'accouchement par les secours de l'art était impraticable, et je pense que vous devriez rendre vos observations aussi publiques qu'il est possible. »

Devant ces faits, on est étonné que Denman lui-même ait supposé que le bras se relève, se reporte au fond de l'utérus, à mesure que les fesses descendent, et que la présentation du bras se trouve réduite spontanément en présentation des fesses. Le retrait du bras dans la cavité utérine était une chose assez remarquable, pour que les autres, dans les observations particulières, l'aient notée. L'évolution est un de ces évènemens dont on a oublié tous les phénomènes, lorsqu'il s'est agi de l'expliquer. Douglas, de Dublin, me parait s'être élevé le premier contre la théorie de Denman. Le mécanisme qu'il expose s'accorde avec les faits. Suivant cet auteur, le bras et l'épaule ne remontent point dans l'utérus; ils sont poussés à travers l'orifice interne, de telle sorte que le côté du tronc vient presser sur le périnée, et que les fesses entraînées trouvent place dans la courbure du sacrum, en descendant; sous l'influence des contractions énergiques de la matrice, le reste du corps et les extrémités inférieures sont expulsés. Il ne reste plus alors à dégager que la tête et l'autre bras. Cette marche de la nature, que Douglas avait observée plusieurs fois, était tracée dans des faits qui avaient été recueillis par différens praticiens. Herder nous en fournit un exemple; un motif qui m'engage à le rapporter, c'est qu'il ne parait pas avoir été connu en France.

« Je fus appelé, dit cet auteur dans un ouvrage daté de

1803, [illegible] la femme d'un paysan qui souffrait depuis le vendredi jusqu'au dimanche, de douleurs qui, par leur violence, l'avaient épuisée. Le coude gauche se présentait avec le côté gauche de la poitrine. Le cordon ombilical pendait à travers les parties naturelles. Il était froid et sans pulsations. Le bras droit reposait sur le pubis, la tête sur le côté droit, les pieds se rencontraient au fond de l'utérus, et les fesses sur le côté gauche. Herder tenta plus d'une fois la version, mais les contractions spasmodiques ne lui permirent pas de l'opérer. Il administra de l'opium, après avoir attendu quelque temps; il répéta la dose, mais sans succès. L'opium, loin de donner du calme, avait produit l'effet d'un cordial, et la femme s'était raminée. Les douleurs devinrent fortes et séparées entre elles par peu d'intervalles. Cet état pouvait durer depuis une grande demi-heure ou trois-quarts d'heure, lorsque la femme s'écria que les douleurs étaient si violentes, que tout arrivait. En examinant, je trouvai, à mon grand étonnement, dit-il, que les douleurs, par leur violence, avaient poussé au-dehors, à travers le bassin et les parties externes, non-seulement le bras gauche, mais aussi la poitrine et une partie du ventre de l'enfant. La tête et le bassin, aussi bien que les pieds, étaient encore retenus, et ne pouvaient pas être expulsés par les efforts de la nature, car le ventre de l'enfant était très distendu par du gaz, et devenait un obstacle insurmontable à la délivrance. Comme l'enfant avait cessé de vivre, je perforai sans retard le ventre de la poitrine, j'enlevai les viscères, et je tirai en bas la partie inférieure du tronc, pour aller chercher le pelvis de l'enfant. Aussitôt que j'y pus parvenir et que l'extraction en fut opérée, les pieds, la tête et le bras droit suivirent. La patiente se releva heureusement de ses couches. »

Quoique l'accouchement ait été terminé par l'homme de l'art, il est facile de voir quelle eût été la marche de la nature, si elle avait opéré entièrement l'expulsion. Des faits de cette espèce ont été recueillis et bien observés, mais les auteurs ont été si prévenus en faveur de l'opinion reçue, qu'ils n'ont point alors attribué l'expulsion à l'évolution spontanée. On trouve une preuve de cette assertion dans la *Pratique des Accouchemens*, par Mme Lachapelle.

« Une pauvre femme, qui avait été soumise aux manœuvres de quatre hommes de l'art, fut apportée à l'hospice de la Maternité. Elle était dans un état de faiblesse extrême. Le bras gauche avait été arraché, et le crochet avait été appliqué dans la bouche. La mâchoire inférieure avait été fracturée. La femme fut, à son entrée, mise dans le bain, où elle resta pendant deux heures. A six heures, la sage-femme en chef reconnut que le moignon de l'épaule gauche et la portion voisine du thorax avaient franchi l'orifice utérin. Plus loin elle sentit une portion du placenta décollée. La tête de l'enfant était renversée sur le dos, et en sens incliné à droite et en avant. Un doigt porté dans la bouche reconnut la fracture de la mâchoire. La mâchoire, fortement appliquée sur la surface du corps de l'enfant, empêcha la main de pénétrer plus avant et d'arriver jusqu'aux pieds. Un lacs avait été appliqué sur le moignon de l'épaule pour fixer le fœtus pendant ces tentatives. M. Paul Dubois ne put pénétrer plus loin ni obtenir aucun résultat de l'emploi du crochet mousse du forceps. Sa malade fut mise au bain, et une demi-heure après reportée dans son lit : elle y passa la nuit dans un état de faiblesse excessive, exhalant par le ventre une odeur infecte. A six heures du matin le bain fut renouvellé; elle y resta deux heures et demie, pendant lesquelles le thorax du fœtus, s'enfonçant de plus en plus, arriva jusqu'à la vulve, et permit à la sage-femme en chef d'achever l'extraction du fœtus putréfié, verdâtre, dont le corps était aplati et ployé en deux vers le milieu du dos. Les ligamens du rachis étaient rompus, et les vertèbres séparées en cet endroit. » L'éditeur de l'ouvrage ajoute, dans les réflexions, « que cette expulsion n'a pas eu lieu par l'évolution; mais la rupture du rachis et la putréfaction du fœtus rendent raison de cette irrégularité. » L'observation suivante de R. Gooch, nous dévoile en entier le mécanisme de cette expulsion, et ne laisse pas le moindre doute sur l'exactitude de l'opinion de Douglas.

Une jeune et grande femme, arrivée au terme de sa première grossesse, dit-il, fut prise de légères douleurs de l'enfantement, dans la nuit du 23 au 24 octobre 1819. Vers le matin, les membranes se déchirèrent, et elle fit appeler la sage-femme; c'est d'elle que j'appris, qu'à son arrivée, l'orifice de l'utérus était entr'ouvert, mais qu'elle n'avait pu sentir aucune partie de l'enfant. A la longue, les douleurs devinrent plus fortes, et le bras descendit, et l'obligea d'appeler du secours. En examinant, je trouvai que le bras était sorti, non-seulement tout entier, mais encore que l'épaule s'était avancée sous l'arcade du pubis, et s'était dirigée, comme l'occiput a coutume de le faire avant la sortie de la tête. J'observai ensuite qu'à chaque forte douleur, le côté de sa poitrine était pressé et abaissé sur le périné. Surpris de cela, je m'abstins de procéder à la version, et j'attendis l'expulsion spontanée. Résolu de savoir ce que deviendrait le bras, si elle arrivait, et de m'éclairer sur ce point de la question, je la retins avec une serviette, et j'en observais les mouvemens. Loin de se reporter dans l'utérus, lorsque la douleur survenait, il s'avançait d'autant plus que l'épaule se portait davantage sous l'arcade du pubis, et que le côté du thorax pressait sur le périnée, et apparaissait plus au-dehors. Le travail avança si rapidement qu'en deux douleurs, secondées par les efforts musculaires de la femme, mais en apparence, avec moins de souffrance que dans la sortie de la tête à un premier accouchement, le côté de la poitrine, celui de l'abdomen et des fesses, passèrent l'un après l'autre avec violence sur le périnée, jusqu'à ce que les fesses et les cuisses eussent été complètement expulsées.

La tête et l'autre bras restaient encore à être dégagés; mais cette extraction se fit avec beaucoup de facilité. L'enfant était mort. La mère ne l'avait pas senti remuer, depuis le jour précédent, à midi; le cordon était non-seulement sans pulsation, mais il était flétri et paraissait vide de sang, comme si la circulation n'y avait point eu lieu depuis quelque temps. Le côté de la poitrine qui s'était montré le premier, était d'une couleur livide, et la peau s'enlevait. »

On sait que des accouchemens se sont terminés par les fesses, quoique le bras se présentât le premier, et malgré les tractions que le chirurgien exerçait alors sur lui. Monteggia, témoin de deux faits de cette nature, voulut faire l'essai sur les cadavres de ces manières d'extraire l'enfant, pour en voir plus clairement le mécanisme, et il observa que quand on continue de tirer le bras avec force en avant et

vers le pubis, l'une des épaules descendant dans le bassin, le tronc se courbe fortement, et s'abaisse ainsi jusqu'à ce que les fesses, qu'il suppose occuper la partie postérieure de la matrice, aient passé l'éminence du sacrum. Comme le tronc du fœtus avait souffert une très grande courbure au passage des fesses sur cette éminence, il arrive que, lorsqu'elles ont pu la passer, elles se trouvent dans la cavité du sacrum, où elles ont plus d'espace; alors l'élasticité du tronc du fœtus réagit avec plus de force et tend à redresser la partie postérieure de l'arc qui avait lieu, et imprime aux fesses un mouvement rapide de haut en bas, qui les porte à l'orifice inférieur, et détruit ainsi le double que formait le fœtus. »

Ce que l'art vient d'opérer, dans la présentation des bras, la nature l'accomplit dans l'évolution spontanée. Les phénomènes sont les mêmes dans les deux cas : abaissement de la poitrine dans l'excavation; courbure du tronc, ainsi que Denman l'a noté dans sa deuxième observation; passage des fesses dans la cavité du tronc, sans retrait du bras sorti, et présentation de ces mêmes fesses au détroit périnéal. La différence qui existe ne se rencontre que dans les causes d'expulsion. Dans l'évolution, c'est la matrice qui agit sur toute la surface du fœtus, qui le presse de haut en bas, fait engager les fesses dans l'excavation, et les pousse au-dehors. Dans l'autre état, ce sont les efforts de l'accoucheur, qui, au moyen du bras, abaissent la poitrine, courbent le tronc, attirent les fesses dans la cavité du sacrum. Briot de Besançon avait, depuis 1804, fait entrevoir les rapports qui devaient exister entre ces deux espèces d'accouchemens. L'observation a justifié cette prévision.

Si nous nous sommes arrêtés si longuement sur le mécanisme de l'évolution, c'est que le succès de notre conduite, au milieu de circonstances si graves, tient aux connaissances exactes que nous avons sur la marche de la nature. Mme Lachapelle dit, à la suite de l'observation que nous allons rapporter, que ses efforts n'avaient fait que s'opposer à la tendance naturelle, en attirant vers l'extérieur les pieds du fœtus, tandis que l'abdomen et les hanches devaient s'enfoncer auparavant dans l'excavation. Aussi, le membre inférieur céda-t-il à ses tractions; le genou s'alongea et les apophyses se détachèrent du tibia et du fémur. Aussi, le travail fut-il plus long et plus fatiguant. Des faits semblables se sont passés entre les mains d'hommes habiles. Monteggia, dans un cas de cette nature, tira un peu en bas dans le vagin le pied de l'enfant, sans pouvoir l'extraire. Quand il fut fatigué, des confrères le remplacèrent, mais on aurait plutôt arraché la jambe. Enfin, on se décida à faire sortir l'autre bras et à tirer sur les deux en même temps. Tandis que les bras étaient tirés avec force en avant et vers le pubis, les fesses parurent et sortirent avec violence, en dessous, c'est-à-dire le long de la partie postérieure du vagin; de cette manière, le fœtus sortit tout d'un coup jusqu'à sa tête, et on termina aisément l'extraction. La connaissance du mécanisme de l'évolution spontanée nous explique cette différence de résultats entre les manœuvres. Dans l'une, on n'a fait que s'opposer à l'évolution, tandis que dans l'autre on l'a favorisée et accélérée, en agissant sur le fœtus suivant la direction que les douleurs lui auraient imprimée si elles avaient existé. Les tractions exercées sur les deux bras ont tenu lieu des douleurs utérines, et ont opéré seules l'accouchement. A côté de ces réflexions, nous allons placer l'observation de Mme La Chapelle, pour mieux en faire ressortir la justesse.

Le 29 mars 1820, à dix heures du soir, on apporta à l'hospice la nommée Lam., âgée d'environ 23 ans, maigre mais bien constituée, et déjà mère d'un enfant vivant.

Cette femme était arrivée au terme de sa grossesse; elle souffrait depuis trois jours, et il y avait environ quinze heures que le bras droit du fœtus était sorti de la vulve. Dans l'après-midi de ce même jour, deux accoucheurs avaient fait pour la délivrer des tentatives réitérées, et tout ce que nous en pûmes savoir de plus exact, c'est qu'en dernier lieu on s'était efforcé de faire rentrer le bras de l'enfant.

A son arrivée, la malade, accablée de fatigue et de douleurs, était pâle, abattue; le pouls était fébrile, mais très faible, la soif vive, les lèvres sèches et noirâtres, la peau aride et les extrémités froides. Le bras sorti était livide, excorié en plusieurs endroits, et tuméfié au point de surpasser un volume triple de celui qu'il a d'ordinaire. L'épaule était engagée dans le vagin, et le thorax remplissait l'excavation de manière à empêcher le passage de la main et même du doigt pour l'exploration. Il n'était pas difficile de sentir le scapulum derrière la symphyse des pubis, la clavicule sur le coccyx, et l'acromion vers l'ischion gauche.

L'utérus, fortement resserré, avait tellement enfoncé toutes ces parties, que non-seulement on ne pouvait les repousser au-dessus du détroit supérieur, mais même que tout passage était impraticable, à la main droite comme à la gauche, pour aller à la recherche des pieds. Cependant, à force de recherches, je parvins à glisser la main gauche entre le thorax du fœtus et le bassin de la mère, et je sentis les pieds sans pouvoir les saisir. La route que je venais de frayer servit ensuite à la main droite, qui put saisir un pied et l'amener au-dehors, avec beaucoup de peine, il est vrai: c'était le pied gauche; il fut retenu à la vulve.

Dès ce moment, tous mes efforts furent inutiles; vingt fois peut-être j'introduisis l'une ou l'autre main; mais bientôt, engourdies, écrasées par l'utérus entre le fœtus et le détroit supérieur, elles perdaient toutes leurs forces, et le membre inférieur droit leur échappait. Le crochet mousse ne me réussit pas mieux; il était trop difficile de le diriger convenablement, tant à cause de l'embarras des passages, que de la confusion des membres du fœtus. En effet, la tête était au-dessus du thorax, et touchait les hanches, embarrassée encore dans les inflexions du membre inférieur.

N'obtenant rien de toutes ces manœuvres, je pris le parti de tirer sur le pied que j'avais amené d'abord; mais, altéré par la putréfaction, le membre inférieur céda à mes tractions, le genou s'alongea, et les épiphyses se détachèrent du tibia et du fémur. Au milieu de tous ces efforts, la femme, quoique fort courageuse, s'affaiblissait sensiblement, et je jugeai nécessaire de lui accorder un repos qu'elle sollicitait avec ardeur. Ce travail pénible avait duré depuis onze heu-

res du soir jusqu'à une heure du matin ; j'étais moi-même excédé, j'avais besoin de réparer mes forces.

En conséquence, la malade fut replacée dans un lit commode, réchauffée et ranimée, au moyen de quelques toniques. (Vin, sirop d'œillets, tilleul, etc.)

Pendant les trois heures suivantes, elle ressentit quelques douleurs utérines rares et passagères. Vers quatre heures du matin, elle s'écria tout-à-coup que quelque chose venait de sortir : on accourut et l'on trouva, entre les cuisses, l'enfant sorti presque en totalité ; *la tête seule et le bras gauche étaient encore engagés ;* mais rien n'égale la facilité avec laquelle ils furent extraits : le placenta sortit en même temps, le tout avec dégagement de gaz d'une odeur infecte. L'enfant était d'un volume au-dessus du médiocre (six livres et demie environ) ; toutes ses parties étaient mollasses et flexibles.

Après avoir rapporté tout ce que l'observation a révélé aux hommes de l'art sur le mécanisme de l'évolution de la première espèce, il me reste à exposer quelles sont les positions les plus favorables du fœtus, pour qu'on soit en droit d'attendre avec confiance la ressource de l'évolution, et d'agir lorsque les autres méthodes ont échoué.

(*La seconde partie à un prochain Numéro.*)

Notes sur quelques maladies de l'œsophage; par J.-T. Mondière, *médecin à Loudun.* (*Vienne.*)

Lorsque, par une circonstance particulière, nos recherches furent dirigées vers les affections de l'œsophage, nous ne négligeâmes aucun moyen pour approfondir notre sujet, et nous fîmes, dans une suite de mémoires, l'histoire assez étendue de quelques points de la pathologie de cet organe. Nous espérions ainsi faire successivement connaître les diverses maladies qui peuvent affecter le tube pharyngo-œsophagien, et, depuis l'année 1828, nous n'avons pas cessé, dans ce but, de rechercher et de nous procurer les ouvrages qui pouvaient augmenter les matériaux qui nous étaient nécessaires. Mais aujourd'hui, éloigné de la capitale, et ne pouvant plus aussi aisément connaître tout ce qui se publie en France et surtout à l'étranger, nous nous voyons forcés d'abandonner notre projet. Cependant, comme nous sommes arrivés à la connaissance de quelques faits intéressans, nous croyons devoir, avant d'abandonner notre travail, publier, dans cette notice, ce que nos recherches nous ont appris de plus important, persuadés que les observations que nous avons rassemblées et les réflexions qu'elles nous ont fait naître ne seront pas inutiles à ceux qui, plus riches de faits, voudront par la suite traiter le même sujet. Que l'on ne s'attende donc pas à trouver ici une histoire complète des diverses maladies de l'œsophage, dont nous n'avons pas encore parlé, mais seulement de simples matériaux pour une œuvre plus parfaite.

Vices de conformation. — L'étude des vices de conformation de l'œsophage doit nous intéresser sous le double rapport de la physiologie et de l'anatomie. Considérées physiologiquement, ces déviations de l'ordre normal peuvent servir à éclairer une question longtemps débattue, et point encore nettement tranchée aujourd'hui, à savoir : si le fœtus se nourrit uniquement par les vaisseaux ombilicaux, ou si la déglutition des eaux de l'amnios contribue à son accroissement. Envisagées sous le rapport anatomique, ces monstruosités pourront peut-être jeter quelque jour sur un point obscur d'embryologie, à savoir : comment se forme la portion sus-diaphragmatique du canal intestinal, et si elle est indépendante de sa portion sous-diaphragmatique. Relatons d'abord les faits, et nous essaierons ensuite d'en tirer quelques conséquences.

Les vices de conformation de l'œsophage, constatés jusqu'à présent par les recherches anatomiques, sont : 1.° une absence complète ; 2° un arrêt de développement qui porte toujours sur sa portion inférieure ; 3.° sa séparation en deux cavités par un diaphragme horizontal ; 4.° sa division en deux branches ; 5.° sa naissance de la trachée-artère ; 6.° Enfin, sa séparation en deux portions distinctes, mais réunies par un cordon mince et solide.

1° *Absence complète.* — Le plus ordinairement, alors que l'œsophage manque, le pharynx existe et se termine en cul de sac. Un enfant du sexe masculin, robuste et extérieurement bien conformé, éprouvait des symptômes de suffocation toutes les fois qu'on essayait de lui faire avaler une petite cuillerée d'eau sucrée. Il vécut huit jours, et mourut de faim. Pendant ces huit jours, la défécation ainsi que l'excrétion de l'urine ont été régulières, quoique peu abondantes. A l'ouverture du cadavre, on fut frappé du volume excessif du foie, lequel recouvrait, jusqu'au-dessous du nombril, tous les viscères abdominaux, lesquels étaient d'ailleurs bien conformés ; la vésicule biliaire était pleine de bile. L'estomac n'avait pas d'orifice supérieur, et il adhérait à cet endroit par du tissu cellulaire au diaphragme. L'œsophage manquait absolument, et le pharynx se terminait en cul-de-sac, sans présenter d'autres difformités (1).

Nous avons rassemblé un assez grand nombre de cas semblables : dans tous le pharynx se terminait en cul-de-sac, et l'estomac, privé d'orifice cardiaque, adhérait au diaphragme par des bandes de tissu cellulaire plus ou moins serrées.

Dans un cas observé par le docteur Lozach (2), il y avait absence du pharynx, de l'œsophage et des voies aériennes.

2° *Arrêt de développement.* — Dans le cas de cette espèce, la partie de l'œsophage existe ; mais ce canal se termine par un cul-de-sac plus ou moins rapproché de l'estomac. Brodie (3) l'a vu se terminer ainsi à la partie inférieure de la poitrine : l'estomac n'avait point d'orifice cardiaque. Dans un cas rapporté par Guillaume Durston (4), ce canal descendait jusqu'à un demi-pouce au-dessus du diaphragme, et se terminait là.

3° *Séparation par une cloison horizontale.* — Le

---

(1) *Bibliothèque médicale*, T. LXXIV, p. 245 ; et *Journal complémentaire*, T. VIII, p. 369. Ext. du *Journal d'Hufeland*, août 1820.

(2) *Journal universel.* T. III, p. 187.

(3) *Bibliothèque médicale.* T. XXX, p. 381.

(4) *Collection académique.* Part. étrang. T. II, p. 388.

professeur Rossi (1) a vu, chez un enfant, un diaphragme qui fermait complètement l'œsophage au-dessus du cardia ; l'enfant avait rendu, à plusieurs reprises, du méconium ; mais il vomissait tout ce qu'on lui faisait avaler : il mourut le troisième jour. Tenon (2) a observé un cas à-peu-près semblable : seulement la cloison existait à la partie supérieure du canal. Cette cloison peut être incomplète, et présenter à son centre une ouverture plus ou moins grande. Baillie (3) a vu cette disposition.

4.° *Division en deux branches.* — Blasius (4) a rencontré un œsophage qui, simple d'abord, se divisait ensuite, à la partie supérieure de la poitrine, en deux branches, qui, après avoir formé un anneau, se réunissaient en une seule qui s'ouvrait à l'ordinaire dans l'estomac. Nous n'avons point actuellement sous les yeux l'ouvrage où ce fait curieux est consigné, et nous n'en parlons que d'après une courte note que nous avons prise il y a plusieurs années.

5.° *Naissance de la trachée-artère.* — Nous connaissons deux cas de cette espèce, et nous croyons devoir les rapporter.

Un enfant nouveau-né rejette toute espèce de boisson, et meurt au bout de trente-six heures. Frappé de ce phénomène, M. Martin procède à l'ouverture de son corps. L'estomac est mis à découvert ; on essaie de le remplir d'air au moyen d'une sonde introduite dans le pharynx ; efforts inutiles. La sonde est alors placée dans la trachée-artère ; le souffle y dirige l'air qui pénètre dans l'estomac, et cet organe se gonfle en même temps que les poumons. Une dissection soignée est alors mise en œuvre. On cherche vainement l'œsophage, il n'existe pas, et il est remplacé par un cul-de-sac long de quelques lignes. Un stylet est porté dans la trachée-artère, et, à la hauteur des deux bronches, il pénètre dans un tuyau membraneux, élastique, du calibre d'une petite plume, qui va se rendre à l'estomac. Les deux tuyaux bronchiques sont d'ailleurs libres dans toute leur étendue (5).

Quelques années plus tard, le docteur Houston publia un fait tout semblable (6) ; le voici : un nouveau-né, en apparence bien portant, rejetait, par toux, tout ce qu'on lui faisait prendre. On soupçonna un vice de conformation ; une sonde fut introduite et s'arrêta vers le pharynx. L'enfant mourut le lendemain.

Autopsie. — La bouche, la langue et le gosier étaient bien conformés. Le pharynx était plus ample que d'habitude, et se terminait, après un court trajet, en cul-de-sac sans ouverture, et n'ayant aucune communication avec l'œsophage. Le larynx et ses muscles étaient dans un état normal. La trachée-artère, en avant et sur les côtés, était complète ; mais la paroi postérieure présentait une large ouverture, d'où naissait l'œsophage, et qui paraissait assez unie et assez oblique pour rendre le passage du larynx, dans ce tube, aussi direct et aussi aisé que pour la trachée. Les autres organes étaient bien conformés, et les intestins contenaient du méconium.

6.° *Sa séparation en deux portions distinctes, mais réunies par un faisceau fibreux.* — Nous ne connaissons qu'un cas de cette espèce relaté par M. Pagenstecher (1). Un enfant du sexe féminin, fort et bien conformé à l'extérieur, présenta, dès l'instant de sa naissance, un bruit particulier dans la gorge, avec une expulsion continuelle de mucus épais et tenace par les narines. On s'aperçut bientôt qu'il ne pouvait avaler, car les liquides qu'on lui donnait refluaient par le nez, après quelques efforts, quoiqu'il les prît avec avidité, ainsi que le sein de sa mère. Dès la première nuit de son existence, il rendit une grande quantité d'urine et de méconium, et ces excrétions continuèrent à s'opérer régulièrement pendant toute la durée de sa vie. Pensant que la possibilité d'avaler pouvait tenir à quelque obstacle existant dans l'œsophage, on introduisit une sonde, et on s'assura que ce conduit était imperforé. Cet enfant succomba cinq jours après sa naissance. — *Autopsie.* Tous les viscères thoraciques et abdominaux en bon état, à l'exception de l'œsophage et de l'estomac. Le premier se terminait en cul-de-sac au niveau de la seconde vertèbre dorsale, et dans un espace de sept à huit lignes au-dessous de ce point, le canal était remplacé par un cordon cellulo-fibreux ; la partie située au-dessous redevenait normale. Quant à l'estomac, son grand cul-de-sac manquait totalement, et était remplacé par une large ouverture arrondie dont les bords solides étaient circonscrits par des bandes musculeuses régulièrement disposées, et n'offraient aucune trace d'ulcération ni de ramollissement.

M. Vancruyck (2), chirurgien à Bruxelles, a vu un cas qui a trop de rapport avec le précédent pour que nous n'en fassions pas mention ici. Il s'agit d'un enfant né à terme et bien portant, qui ne pouvait avaler. La première fois qu'il téta, il fut pris de convulsions ; sa face devint bleuâtre, et le lait fut rendu par la bouche et les narines. Il mourut le troisième jour. L'extrémité inférieure de l'œsophage était convertie en un cordon ligamenteux dans l'étendue de deux pouces. Le cardia formait un cul-de-sac. Le reste du tube digestif était dans l'état naturel.

Des faits qui précèdent, on peut, ce nous semble, tirer les conséquences suivantes : 1.° les vices de conformation de l'œsophage dans lesquels ce conduit est complètement oblitéré, et mieux encore son absence totale, prouvent que la déglutition des eaux de l'amnios ne sert point à la nutrition du fœtus, ou au moins qu'elle n'est ni indispensable ni la seule voie par laquelle l'enfant se nourrit ; 2.° le méconium n'est pas, uniquement au moins, le résidu des eaux de l'amnios élaborées par l'estomac, puisqu'on en a trouvé

(1) *Archives de Médecine.* T. XV, p. 270.
(2) Fourcroy, *la Médecine éclairée par les sciences physiques.* T. I.er, p. 301.
(3) *Traité d'anatomie pathologique.* Paris, 1803 ; in-8.°, p. 98 ; trad. de Ferrall.
(4) *Observationes medicæ rariores.* Leidæ, 1674 ; in-8.°
(5) *Exposé des travaux de la Société royale de Médecine de Marseille.* 1821. In-8.°, p. 44.
(6) *Dublin Hospital Reports and Communications.* Londres, 1830. T. V, p. 311.

(1) *Journal universel.* T. LIX, p. 103.
(2) *Bulletins de la Société méd. d'Emulation de Paris.* an. 1824. p. 251.

dans les intestins alors que l'orifice cardiaque était terminé en cul-de-sac et l'œsophage oblitéré ; 3.° tout porte à croire que la portion sus-diaphragmatique du canal intestinal, sur la formation de laquelle l'embryologie a jeté peu de lumière encore, se forme indépendamment de la portion sous-diaphragmatique, et de la bouche vers l'estomac. C'est ce qui nous semble ressortir de ces vices de conformation de l'œsophage, dans lesquels ce canal, formé supérieurement, s'est arrêté dans son développement avant d'être arrivé jusqu'à l'estomac, qui alors est constamment dépourvu d'orifice cardiaque. Jamais en effet, à notre connaissance du moins, on n'a vu ce conduit être formé dans sa portion correspondante de l'estomac, et manquer supérieurement.

En terminant, nous ferons remarquer la grande analogie qui existe entre les vices de conformation de l'œsophage et ceux qui affectent le rectum.

Plaies. — Rarement simples, et presque toujours au contraire compliquées de la lésion d'un organe plus ou moins important, les plaies de l'œsophage peuvent avoir lieu sur tous les points de ce canal, depuis le pharynx jusqu'à l'estomac. Elles sont ou longitudinales, ou transversales, et peuvent alors intéresser une portion plus ou moins grande ou la totalité du calibre de l'organe. Faites quelquefois par la pointe d'un instrument acéré, elles présentent un diamètre très petit et à-peu-près égal dans tous les sens; enfin, résultant le plus ordinairement de l'action d'un corps qui a agi de dehors en dedans, on les a vues cependant, dans quelques cas, être produites de dedans en dehors.

Parlons d'abord de ces dernières. L'observation la plus curieuse en ce genre est celle qui a été consignée dans le *Journal universel* (1). Il s'agit d'un officier supérieur qui, en faisant des armes, reçut un coup de fleuret qui pénétra dans la bouche, déchira le pilier du voile du palais, et heurta violemment la partie moyenne de l'œsophage. Il survint des accidens terribles avec menace de suffocation, délire, et ce ne fut que par des saignées locales et générales très abondantes que l'on parvint à soustraire le malade aux dangers qui le menaçaient. Wilmer (2) rapporte un cas à-peu-près semblable, mais dont le résultat fut moins favorable. Il se forma un abcès entre l'œsophage et les parties molles qui l'entourent; le pus s'écoula d'abord par le pharynx, mais plus tard il se forma à l'extérieur une petite tumeur qui, devenue fluctuante, fut ouverte par le caustique, et donna issue à quatre onces de matière purulente des plus fétides. A la chute de l'escarrhe tout le tissu cellulaire parut gangréné, l'artère carotide était à nu, et les muscles paraissaient comme disséqués. Cette ouverture communiquait bien évidemment avec l'œsophage, puisqu'elle donnait passage à des substances alimentaires. Bientôt la suppuration augmenta, la fièvre hectique se manifesta, et le malade périt dans le marasme.

Le danger de ces plaies contuses résulte du gonflement inflammatoire qui survient dans la partie de l'œsophage qui a été frappée; gonflement qui, non-seulement empêche la déglutition, mais encore gêne plus ou moins la respiration et peut entraîner la formation d'un abcès qui, en raison de sa position profonde, a déjà donné lieu à une désorganisation étendue, lorsqu'il devient apparent à l'extérieur. Ici l'indication est précise et pressante : il faut, au moyen d'un traitement antiphlogistique énergique, chercher à prévenir ou à abattre l'inflammation locale, et la première observation que nous avons citée en démontre suffisamment tous les avantages.

Les plaies longitudinales, beaucoup moins fréquentes que les transversales, sont aussi moins dangereuses. Nous n'en connaissons pas d'autres exemples que ceux assez nombreux, fournis par l'opération de l'œsophagotomie, partiquée soit sur l'homme, soit sur les animaux. Guattani (1), qui a fait quelques expériences sur des chiens, a constaté plusieurs fois que ces plaies n'offraient rien de dangereux, et il lui a constamment suffi de rapprocher simplement les lèvres de la solution de continuité pour obtenir une guérison complète du cinquième au huitième jour. Dès le lendemain de l'opération, ces animaux pouvaient avaler du lait, et au bout de deux à trois jours manger de la soupe. Roland et Goursaud ont obtenu pareil succès sur l'homme. Ce dernier rapporte (2) qu'il fut appelé pour secourir un individu qui avait avalé un os d'un pouce de long sur six de large. Il fit plusieurs tentatives pour précipiter ce corps étranger dans l'estomac; mais n'ayant pu réussir, et l'os se faisant sentir sous le doigt du côté gauche, il se détermina à faire une incision sur l'endroit où était le corps étranger pour l'extraire. L'incision étant pratiquée, l'os fut tiré facilement : il n'y eut aucun accident, et un simple bandage unissant procura une prompte guérison. Pendant six jours, le malade ne prit aucun aliment.

Les faits qui précèdent, et auxquels il nous serait facile d'en joindre d'autres, suffisent pour démontrer avec quelle promptitude on peut obtenir, par le simple rapprochement de leurs bords, la guérison des plaies longitudinales de l'œsophage. Cependant M. Jobert (3) pense qu'il est toujours préférable de pratiquer quelques points de suture. Nous ne croyons pas que ce précepte soit adopté; car ceux qui, dans une première opération, ont fait des points de suture, y ont renoncé plus tard, et ont vu la guérison en être plus prompte. Ainsi, M. Félix (4), artiste vétérinaire de l'arrondissement de Bergerac, a pratiqué l'œsophagotomie sur une vache, pour extraire une pomme de terre qui était arrêtée dans l'œsophage. Il fit deux points de suture, et vingt jours après l'animal était guéri. Depuis (5), ce vétérinaire a pratiqué la même opération, mais sans faire de points de suture : huit jours après, l'animal fut rendu à ses travaux.

---

(1) Tome XVII, p. 338.

(2) *Cases and Remarks in surgery.* Londres, 1799. In-8.°, p. 86.

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.* In-4.° T. III, p. 351.

(2) *Mém. de l'Acad. de chir.* In-4.° T. III, hist., p. 14.

(3) Boulin, *G. Diss. inaug. sur les plaies de l'œsophage.* Paris, 1828, N.° 146, p. 22.

(4) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, partie vétérinaire. T. II, p. 516.

(5) *Loc. cit.* T. III, p. 204.

Berlinghieri (1), dans son mémoire sur l'œsophagotomie, rejette aussi, comme au moins inutiles, les points de suture, et se contente de maintenir le cou étendu et d'appliquer un emplâtre agglutinatif sur la plaie extérieure.

Les plaies, par instrument piquant, peuvent avoir pour siége la portion de l'œsophage située le long du cou, ou celle renfermée dans la poitrine; et alors la gravité de cet accident résulte bien moins de la solution de continuité du conduit lui-même, que de la lésion des organes que l'instrument doit traverser avant de l'atteindre. M. Fine (2), chirurgien de Genève, rapporte l'observation d'une plaie de la portion cervicale de l'œsophage, produite par la lame d'un canif qu'un aliéné s'enfonça dans le larynx, et qui, portant cet instrument dans toutes les directions, fit à l'œsophage une ouverture dont la forme ressemblait à celle d'une larme renversée et qui pouvait avoir quatre lignes de largeur et six de longueur. Un mois après, la guérison était complète, et déjà, depuis quinze jours, les liquides passaient en partie dans l'estomac.

Les plaies qui intéressent l'œsophage dans sa portion pectorale sont beaucoup plus graves, et sur cinq observations que nous avons rassemblées, la guérison n'a eu lieu qu'une seule fois. Voici une analyse de ce fait intéressant : un homme âgé de 24 ans, d'un tempérament robuste, reçut, à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, un coup de baïonnette. On ne remarqua d'abord que les accidens inséparables de toute plaie pénétrante du thorax et on les combattit par plusieurs saignées. Mais le troisième jour, l'appareil étant levé, il s'écoula une grande quantité de liquide très rouge, mais moins consistant que du sang. Cette évacuation rendit la respiration plus facile. Le soir, écoulement aussi abondant; même soulagement. Ce phénomène se continua pendant plusieurs jours; mais comme le liquide qui s'écoulait était très abondant, que sa teinte devenait de jour en jour moins foncée, et que même il cessa d'être coloré, on reconnut qu'il était fourni par les boissons qui, au lieu de descendre dans l'estomac, tombaient dans la cavité thoracique droite, en passant par une plaie faite à la partie moyenne de la portion pectorale de l'œsophage. Pour en acquérir une certitude complète, on administra au malade des potions huileuses et des boissons mucilagineuses diversement colorées, et on vit que toutes ces substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturées. M. Payen, chirurgien d'Orléans, qui a communiqué ce fait à M. Boyer, agita la question de savoir, s'il convenait mieux d'introduire une grosse sonde dans l'œsophage, ou de priver le malade de boissons pendant plusieurs jours, et d'une manière absolue. Il préféra ce dernier moyen comme le plus simple et le moins incommode. Au bout de quatre jours, vaincu par les instances du malade, M. Payen lui permit d'avaler quelques cuillerées de boisson. Le liquide fourni par la plaie n'en devint pas plus abondant; bientôt cet écoulement ne fut que purulent, et le malade put prendre des alimens solides.

(1) *Della Esofagatomia e di un nuova Metodo di eseguirla.* Pise, in-8.°

(2) *Ancien Journal.* T. LXXXIII, p. 64.

Lorsque l'écoulement des liquides que boit le malade a lieu par la plaie extérieure, on ne peut conserver aucun doute sur la lésion de l'œsophage; mais cet écoulement est loin d'être constant. Eh bien! dans l'absence de ce symptôme, en existe-t-il à l'aide desquels on puisse reconnaître que l'œsophage est intéressé, dans une plaie pénétrante de la poitrine? L'observation n'a point encore positivement répondu à cette question. Cependant, nous appuyant sur plusieurs faits, nous croyons qu'on devra soupçonner cette complication, dans les cas où on observera une soif violente, et surtout un hoquet continuel. Ce symptôme n'a point, il est vrai, été observé par M. Payen; du moins il n'en est pas fait mention; mais il a été noté, dans un cas rapporté par le docteur Etienne (1), par Jacobus Bontius, d'après Latour (2), sur un soldat dont parle ce dernier auteur (3); enfin, par Heister (4); ce qui vient appuyer l'opinion que nous avons émise dans un de nos précédens mémoires, savoir, que le hoquet reconnaît souvent pour cause une irritation de l'œsophage.

Maintenant, quand on aura reconnu, ou que l'on soupçonnera, dans une plaie de poitrine, la complication dont nous parlons, faudra-t-il se borner à priver le malade de toute boisson, ou bien introduire une sonde œsophagienne? Malgré le succès qu'a obtenu M. Payen dans le cas que nous avons rapporté plus haut, nous aurions recours de préférence à l'emploi de la sonde, parce qu'il nous semble difficile d'admettre, et le malade du chirurgien d'Orléans en est une preuve, que des personnes, affaiblies déjà par les saignées que nécessitent presque toujours les plaies de poitrine, ou en proie à une fièvre souvent intense, puissent, pendant le temps nécessaire pour obtenir une consolidation parfaite, supporter le besoin pressant de la soif et de la faim. D'ailleurs, M. Payen, en accordant à son blessé, dès le quatrième jour, la permission de prendre un peu de boisson, s'exposait à voir survenir les mêmes accidens que chez le malade de Bontius, à l'ouverture duquel on trouva la poitrine pleine de sang et de boisson. Nous verrions en outre que le séjour de la sonde, prolongé pendant des mois entiers, n'a eu aucun inconvénient.

Les plaies transversales de l'œsophage s'observent assez fréquemment dans la pratique, et presque toutes sont le résultat de tentatives de suicide. Bornées le plus souvent à une étendue plus ou moins considérable du calibre de ce conduit, elles peuvent aussi en intéresser toute l'épaisseur. A une époque plus rapprochée de nous on considérait toutes ces plaies comme mortelles; et Delamotte (5), qui rapporte une observation dans laquelle l'œsophage était coupé dans les trois quarts de son épaisseur, se contenta de faire pas-

(1) *Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition.* Thèse. Paris, 1806, in-4.°, N.° 14, p. 8.

(2) *Histoire des hémorrhagies.* Orléans; 2 vol. in-8.°, 1828. T. I.er, p. 64.

(3) *Loc. cit.* T. I.er, p. 82.

(4) *Institutions de chirurgie.* Paris, 1771. 4. vol. in-8.°, fig. T. I.er, p. 244.

(5) *Traité complet de chirurgie.* Paris, 1771. 2 vol. in-8.° *Edente* Sabatier. T. I.er, 731

ser des boissons dans l'estomac, au moyen d'un entonnoir introduit par la plaie, persuadé que tout secours était inutile; cependant le malade survécut trois jours. Les annales de la médecine renferment plusieurs faits de cette nature, qui ne peuvent plus se renouveler aujourd'hui.

Dans ces sortes de plaies le diagnostic est toujours facile à établir, car la division des parties situées au-devant de l'œsophage, toujours plus grande que celle de l'œsophage, permet facilement l'écoulement au-dehors des liquides que les malades essaient d'avaler.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Benjamin Bell (1), ont regardé comme indispensable de pratiquer plusieurs points de suture dans ces plaies transversales, et même d'agrandir la plaie extérieure pour en rendre l'application plus facile. Ce précepte n'a point été généralement suivi. Nous dirons même que dans les observations qui sont venues à notre connaissance, on a eu seulement recours à la position, et quelquefois à deux ou trois points de suture pratiqués sur les tégumens et non sur l'œsophage. Ainsi, dans un cas de suicide dont parle Garengeot (2), une plaie faite avec un rasoir existait à la partie antérieure du cou, et intéressait la trachée-artère et les trois quarts de la circonférence de la partie supérieure de l'œsophage. Tout ce que le malade prenait ressortait par la plaie, entre les lèvres de laquelle on introduisit un entonnoir pour donner un bouillon au malade. Trois points de suture furent seulement pratiqués aux tégumens, et le malade guérit parfaitement. Dans des circonstances semblables, un chirurgien nommé Martin (3), et Garibaldi (4), obtinrent par la position seule, l'un dans un mois et l'autre dans six semaines, une cure complète. J. Bohnius (5) rapporte une observation semblable. Nous avons vu le même résultat obtenu par M. Dupuytren, en 1826, sur un cordonnier qui s'était coupé la gorge avec son tranchet. La tête, fléchie sur la poitrine, fut maintenue dans cette position par un bandage approprié, et en moins d'un mois la guérison fut achevée. Pelletan (6), chargé du traitement d'un homme qui, voulant se suicider, s'était coupé la trachée-artère et la presque totalité de l'épaisseur de l'œsophage, obtint en deux mois la cicatrisation de cette plaie. Pendant trois mois le malade fut nourri au moyen de la sonde, et on était parvenu à en introduire une qui laissait facilement passer de la semouille, du vermicelle et de la viande hachée, et, chose supprenante, le malade fut nourri ainsi avec un tel succès, qu'il engraissa outre mesure dans l'espace de trois mois, à la manière des volailles que l'on empâte. On voit que, bien que la plaie fût complètement cicatrisée au deuxième mois, ce ne fut qu'après le troisième, que l'ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris cessa de nourrir son malade au moyen de la sonde; voulant laisser par là à la cicatrice le temps de se consolider. Cette précaution ne doit point être négligée, car le malade dont nous avons parlé plus haut, d'après Martin, ayant, au bout d'un mois, mangé avec excès des alimens solides, sa plaie se rouvrit et donna de nouveau passage aux matières alimentaires. Cependant trois semaines après cette imprudence, et en suivant le même traitement, on obtint une guérison solide.

Dans ces derniers temps, M. Jobert (1), tout en admettant la possibilité de guérir les plaies transversales de l'œsophage, en les abandonnant à elles-mêmes, et n'ayant recours qu'à la position seule, pense cependant que la guérison se fait longtemps attendre, et qu'il faut de préférence avoir recours à la suture. Il s'est assuré, en expérimentant sur des animaux, que, par ce dernier moyen, on obtenait une guérison rapide et une cicatrisation immédiate en deux jours. Ce résultat, comparé à celui obtenu dans les cas où la position seule a été mise en usage, devrait faire donner la préférence à la suture. Mais nous regrettons que MM. Jobert et Boulin n'aient décrit aucune de leurs expériences, et se soient bornés à en exposer les résultats. Il serait important de savoir, par exemple, si, en expérimentant, ces médecins ont fait seulement la section de l'œsophage, mis préalablement à découvert, ou si, comme cela arrive toujours dans les cas qu'offre la pratique, la plaie intéressait en même temps la trachée-artère et un certain nombre de muscles. Peut-être dans ce cas la conduite à tenir devrait-elle être différente. C'est à l'expérience à prononcer.

Pour pratiquer la suture de l'œsophage, M. Jobert se sert d'aiguilles ordinaires et de fils arrondis et cirés. Il traverse complètement ou incomplètement les parois de l'œsophage, en les renversant de dehors en dedans, de manière à mettre partout en contact la membrane cellulaire qui doit exhaler une membrane de nouvelle formation qui servira à la cicatrisation. Il faut rapprocher assez l'un de l'autre chaque point de suture, pour qu'il n'y ait aucun intervalle, et que partout les bords de la plaie soient adossés; sans cela, s'il existait un intervalle trop grand, les liquides le traverseraient. Il faut encore avoir soin de serrer fortement, de manière à couper à l'instant toutes les parties, à l'exception de la membrane cellulaire qui résiste toujours à la constriction. Sans cette précaution, la chute des fils se ferait longtemps attendre, et il pourrait quelquefois arriver que chaque partie fût coupée lentement sans qu'il y eût de cicatrisation.

Quant aux plaies qui intéressent toute l'épaisseur de l'œsophage, elles ont été, de tous temps, considérées comme essentiellement mortelles, et les expériences de M. Jobert (2) n'ont fait que confirmer depuis ce fâcheux pronostic. Cependant ce jeune chirurgien a vu, à l'ouverture d'un chien sur lequel il avait expérimenté et qui mourut d'inanition, les bouts de l'œsophage recouverts d'une membrane organisée. Sur la partie postérieure de la trachée-artère et sur la face antérieure des muscles de la colonne

(1) *A System of surgery*. Edimbourg, 1801; 7 vol. in-8.°, fig. T. V, p. 176.

(2) *Traité des Opérations de chirurgie*. Paris, 1748; 3 vol. in-12, fig. T. II, p. 456.

(3) *Ancien Journal*. T. XXI, p. 148.

(4) *Bibliothèque médicale*. T. XXXIII, p. 277.

(5) *De Renunciatione vulnerum, seu vulnerum, lethalium Examen*. Lipsiæ, 1755. In-8.°, p. 242.

(6) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810; 3 vol. in-8.°, fig. T. I.er, p. 33.

(1) Boulin. *Loc. cit.*, p. 22.

(2) Boulin. *Loc. cit.*, p. 20.

vertébrale, il trouva une autre membrane lisse qui formait une poche dans laquelle les liquides étaient versés. Elle empêchait l'infiltration dans le tissu cellulaire et les parties environnantes. Cette pièce pathologique ne pourrait-elle pas faire espérer d'obtenir un résultat plus satisfaisant encore? Ne pourrait-on pas introduire dans l'œsophage une sonde au moyen de laquelle on nourrirait le malade, et peut-être, en même temps que la plaie extérieure et celle de la trachée se cicatriseraient, se formerait-il autour de la sonde une organisation du tissu cellulaire analogue à celle observée par M. Jobert? Si l'expérience venait à prouver la possibilité de ce résultat, ne serait-il pas permis de croire que la contraction des fibres supérieures de l'œsophage suffirait pour faire traverser aux alimens ce canal de nouvelle formation, qui devra toujours être très court, puisque l'écartement des deux bouts de l'œsophage est peu considérable, en raison de la gaîne de ce viscère, comme il résulte des expériences tentées par M. Boulin?

Mais alors même que ce résultat ne pourrait être obtenu, il ne faudrait pas pour cela vouer à la mort les personnes chez lesquelles l'œsophage serait complètement coupé en travers. Dans une observation (1) curieuse, mais beaucoup trop longue pour que nous puissions la relater ici, on est parvenu à sauver le blessé. Il s'agit d'un prisonnier qui se fit avec un rasoir, à la partie antérieure du cou, une plaie large et profonde qui intéressait complètement les voies de la respiration et de la déglutition. Malgré les divers moyens qui furent mis en usage, on ne put obtenir une réunion complète de la plaie, dont les lèvres se cicatrisèrent séparément, et le malade fut nourri pendant le traitement et longtemps après, au moyen d'une sonde qu'on introduisait dans la portion inférieure de l'œsophage, et par laquelle on injectait dans l'estomac des substances alimentaires. Malgré la manière artificielle dont se nourrissait cet homme, il était fort et même gros, et avait toutes les apparences d'une bonne santé. C'est encore de cette manière que se nourrit un soldat dont parle Trioen (2), et qui reçut, immédiatement au dessous du cartilage thyroïde, un coup de fusil, dont la balle détruisit toute la partie supérieure de la trachée-artère et la moitié du diamètre de l'œsophage. Cette plaie avec perte de substance ne put se cicatriser, et il resta une plaie fistuleuse au fond de laquelle on apercevait l'œsophage ouvert, dans lequel ce militaire introduisait un entonnoir pour faire passer dans l'estomac du pain et d'autres alimens solides, divisés en très petits morceaux, et mêlés avec un liquide.

Tout récemment encore on a publié une observation de fistule résultant de la solution de continuité de l'œsophage, mais dont l'issue fut bien moins heureuse, parce qu'au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, elle communiquait avec la trachée-artère. Chez ce malade, dont M. Renaud (3) a lu, à l'Académie des sciences, l'observation si intéressante sous le rapport de la physiologie et de la phonation, et qui s'était coupé la gorge avec un rasoir, il en résulta une fistule trachéo-œsophagienne, directement au dessous du pharynx. La plaie extérieure guérit, mais il resta une communication entre l'œsophage et la trachée-artère. Les voies aériennes devinrent le siége d'une inflammation chronique produite sans doute par le contact des matières que le malade avalait, et qui se termina bientôt par la mort.

Rupture. — On a publié un assez grand nombre d'observations sous le titre de *Rupture de l'œsophage;* mais en analysant ces faits avec attention, on reconnait bientôt que c'est au ramollissement gélatiniforme qu'il faut attribuer toutes les *ruptures spontanées* de ce conduit rapportées par les auteurs. Telles sont, entre autres, les observations de MM. Guersent et Bouillaud. *Voyez* ce que nous avons dit au sujet de ces faits, dans un autre mémoire (1).

Cependant il convient de considérer comme une véritable rupture spontanée de l'œsophage, l'observation si souvent citée du baron Wassenaer. Nous n'ignorons pas que quelques médecins, qui veulent tout rattacher à l'inflammation, prétendent que, dans l'observation rapportée par Boerhaave, l'œsophage était atteint de phlegmasie chronique; mais telle n'est point notre opinion, et nous nous fondons sur les considérations suivantes : 1° la déchirure était complète, ce qui ne s'est vu dans aucun autre cas; 2° les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni *ulcère*, ni *érosion* dans aucune partie de l'organe, 3° l'estomac; énormément distendu par un repas copieux que le malade venait de faire, et par l'ingestion toute récente d'une grande quantité de liquide, devait tirailler et tendre l'œsophage; 4° enfin, il y eut des efforts considérables de vomissement déterminés par la réplétion de l'estomac et par une dose d'émétique que le malade avait prise. Au reste, voici une analyse exacte de ce fait intéressant :

Le baron Wassenaer, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac, toutes les fois qu'il avait fait quelques excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Un soir, quelques heures après un dîner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une infusion de chardon-bénit, et en faisant des efforts extraordinaires. Tout-à-coup il éprouve une douleur atroce, et se plaint d'avoir senti quelque chose se rompre vers la partie supérieure de l'estomac : il crie, se roule par terre, et présente une sueur froide, un pouls petit et une pâleur extrême du visage. Mis sur son lit, il ne peut y rester que debout, soutenu par trois hommes, et fortement courbé en avant. Tout ce qu'il but dans cet état aggrava encore les accidens. Tout ce que Boerhaave et un autre médecin purent ordonner fut inutile; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier, la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables. — *Autopsie.* Péritoine, intestins et esto-

(1) *The Edinburgh medical and surgical Journal.* 1820. T. XVI, p. 353.

(2) *Observ. médico-chirurgicarum fasciculus* Lugd.-Bat., 1743; n-4.°

(3) *Journal-général de Médecine*, T. CV, p. 235.

(1) *Archives gén. de Médecine.* T. XXIV, p. 559.

mac distendus par une grande quantité de gaz. Ce dernier organe ne contenait qu'une très petite portion des liquides que le malade avait avalés : tous les viscères abdominaux, et même le diaphragme, étaient dans l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité de gaz; les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle trouvée dans l'estomac; dans la cavité gauche on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, et présentant une ouverture. Dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage était divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune partie de cet organe.

(*La suite au numéro prochain.*)

Recherches thérapeutiques sur l'emploi de l'huile de croton-tiglium;

Par M. JORET, D.-M.

L'huile de croton-tiglium est connue dans l'Inde depuis un temps immémorial; mais la violence drastique de ce précieux médicament entre les mains de gens inhabiles, avait si souvent produit des accidens graves, qu'il a fallu plusieurs siècles pour que son emploi s'étendît en Angleterre et parvint jusqu'à nous. Tout le monde connaît les premières expériences de M. le docteur Conwel, en 1820, et celles de MM. Récamier, Bally, Kapeler et Magendie, en 1824. Mais jusque-là l'huile de croton n'avait été employée qu'à l'intérieur; nous n'avions pas de notions précises sur son usage externe, et ce n'est que depuis les recherches de M. le professeur Andral, en 1831 et 1832, que nous pouvons arriver à des conclusions exactes.

§. I. *Usage externe de l'huile de croton-tiglium.* — Pour faire convenablement une friction avec l'huile de croton (n'importe sur quelle partie du corps), on doit se servir d'un ou de deux doigts au plus, et mieux, d'un tampon de charpie recouvert de taffetas gommé. Avec cette précaution il est rare que l'absorption de l'huile ne soit pas complète. Je n'ai jamais exercé de friction pendant plus de dix minutes, et toujours cependant j'ai obtenu une éruption, moins forte, il est vrai, vers la région trochantérienne, où la peau a une très forte épaisseur. Sur toutes choses, on ne doit jamais confier aux malades le soin de se frictionner eux-mêmes. C'est avec la plus grande prudence que l'huile de croton doit être maniée. Nous avons vu, à l'hôpital de la Pitié, deux malades, dont l'un avait été assez maladroit pour porter ses doigts imprégnés d'huile sur l'un de ses yeux : il s'ensuivit le lendemain une ophthalmie des plus intenses. L'autre, par suite du simple contact de sa chemise empreinte d'huile sur le scrotum et le gland, a été affecté d'une inflammation très vive de ces organes.

1° *Effets physiologiques.* — L'éruption qui suit constamment l'usage de semblables frictions, peut être divisée en cinq périodes : 1° rubéfaction de la peau; 2° apparition de vésicules; 3° apparition de pustules; 5° dessiccation des pustules; 5° desquammation et chute des croûtes. L'éruption ne suit pas toujours cette marche uniforme; ce n'est que dans les cas où la friction a été faite avec dix ou douze gouttes d'huile, et encore sur une région recouverte d'une grande masse de tissu cellulaire, aux aisselles, au cou, par exemple, etc., que les cinq périodes se montrent successivement.

Première période. — Une chaleur vive, accompagnée de prurit, est bientôt suivie de la rubéfaction de la partie frictionnée, et, dans la grande majorité des cas, cette rubéfaction de la peau dépasse de plusieurs pouces le cercle sur lequel on a exercé la friction; c'est ordinairement dans les sept ou huit premières heures que se montrent ces premiers phénomènes. Sur trente-trois cas que j'ai observés, dont trente hommes et trois femmes, la chaleur, le prurit et la rubéfaction de la peau se sont montrés trois fois après la première heure, deux fois après la deuxième, quatre fois après la quatrième et cinq fois après la sixième, sept fois après la septième, trois fois après la huitième, une fois après la dixième, deux fois après la douzième, deux fois après la treizième, une fois après la quatorzième, une fois après la seizième, deux fois après la dix-huitième heure. Dans ces deux derniers cas, la friction avait été pratiquée sur la région fessière, et l'apparition des vésicules n'a pas suivi la rubéfaction de la peau.

Deuxième période. — Des myriades de petites vésicules très rapprochées les unes des autres, toutes distinctes et séparées, d'une couleur tantôt blanche, tantôt d'un rouge plus ou moins foncé, se montrent sur tous les points de la surface rouge de la peau que l'on aperçoit très distinctement dans leurs intervalles. Cette éruption se fait d'une manière pour ainsi dire instantanée. Dans dix cas sur trente-un, ces vésicules se sont élargies et ont donné naissance à de véritables phlyctènes remplies d'un liquide plutôt louche que transparent. Dans ces dix observations, il y a eu bientôt formation de pustules très volumineuses. Le terme moyen de l'apparition des vésicules est de dix-huit à vingt-quatre heures après la friction. Sur trente-un cas, elles se sont montrées quatre fois après la quatorzième heure, quatre fois après la seizième; huit fois après la dix-huitième, six fois après la vingtième, sept fois après la vingt-quatrième, et deux fois après la vingt-sixième heure.

Troisième période. — A ces vésicules succèdent, le troisième jour, des pustules plus ou moins volumineuses, blanches à leur sommet, contenant un liquide le plus souvent opaque, et entourées à leur base d'une auréole rougeâtre. La rubéfaction de la peau est diminuée; le prurit accompagne encore cette troisième série de phénomènes. Sur les trente cas observés plus haut, la formation de pustules n'a eu lieu que dix-neuf fois. Dans les douze autres observations, la desquamation des vésicules a formé la troisième période de l'éruption. Sur les dix-neuf cas restant, les pustules ont paru deux fois après la trente-sixième heure, quatre fois après la quarantième, six fois après la quarante-quatrième, trois fois après la quarante-huitième, quatre fois après la cinquante-quatrième heure.

Quatrième période. — Aussitôt que les pustules sont ouvertes, le liquide qu'elles contiennent s'écoule et continue

à suinter ; le pus, en se desséchant, produit des plaques grisâtres dont la forme varie ; la démangeaison de la peau persiste encore un peu. Cette période suit de vingt-quatre à trente-six heures la précédente ; elle arrive le plus ordinairement vers la fin du quatrième jour ; dans trois cas sur dix-neuf, nous l'avons vue se prolonger jusqu'au cinquième jour ; une fois elle existait encore à la fin du huitième jour.

Cinquième période. — Les croûtes se sèchent, l'épiderme se régénère ; il se fait une desquammation dans les points où ont existé les vésicules et les pustules ; la peau conserve de la rougeur aux lieux où siégeait l'éruption ; il ne reste pas de cicatrice, et tout est terminé vers la fin du sixième jour ou au commencement du septième, quelquefois vingt-quatre heures plus tard. Dans un cas où nous avions eu recours à l'huile d'amandes douces en onction, pour faire tomber les croûtes énormes qui s'étaient formées sur la région mastoïdienne d'un individu qui avait une hémiplégie de la face, ce n'est que le treizième jour que la chute des croûtes s'est opérée.

Je dois ajouter maintenant que, toutes les fois qu'une friction avec l'huile de croton a été pratiquée sur une partie du corps où avait existé un vésicatoire, ou bien dans l'endroit où une première friction a été faite antérieurement, l'éruption est plus forte et marche avec beaucoup plus de rapidité.

Les cas dans lesquels l'huile de croton a été employée, *mélangée avec l'huile d'amandes douces*, pour provoquer des selles en faisant des frictions sur le trajet du colon transverse, sont au nombre de six. Dans ces six cas, trois fois le mélange a été fait dans les proportions d'une partie d'huile de croton-tiglium et deux parties d'amandes douces ; deux fois le mélange était dans les proportions d'un gros d'huile d'amandes douces sur vingt gouttes d'huile de croton ; une autre fois, les proportions étaient parties égales de l'une et de l'autre huile. Dans ces six observations, l'éruption est parvenue à la deuxième période ; une fois seulement il n'y a eu que de la rougeur à la peau. L'effet purgatif a été constamment nul.

Voyons maintenant quels sont les effets produits sur le canal digestif toutes les fois que l'huile de croton a été employée *pure en frictions* autour de l'ombilic. Les observations sont au nombre de neuf, dont deux affections cérébrales, une céphalalgie, une paralysie du bras, deux pleurésies, une phthisie, deux gastrites chroniques.

Les sujets de ces observations étaient tous des hommes encore dans la force de l'âge ; leurs tempéramens n'étaient ni pléthoriques, ni nerveux, ni bilieux par excès. Chez tous, la friction a été pratiquée selon les règles indiquées, et chez tous elle a parcouru ses cinq périodes ; cinq d'entre eux ont été frictionnés avec vingt gouttes d'huile de croton, les quatre autres avec quinze gouttes seulement. Eh bien ! chez un seul excepté, l'effet purgatif a toujours été nul. C'est le malade atteint de céphalalgie fort intense qui a eu trois selles le premier jour de la friction, deux selles le second jour, et une le troisième jour : l'éruption a marché comme chez tous les autres. Je dois ajouter que la céphalalgie était de beaucoup diminuée le matin du deuxième jour ; la friction avait été faite avec quinze gouttes d'huile de croton.

M. le docteur Rayer dit avoir obtenu de nombreuses évacuations en versant une ou deux gouttes d'huile de croton sur une partie du corps dont l'épiderme avait été récemment enlevé par un vésicatoire. Nous n'avons pas renouvelé cette expérience.

2.° *Effets thérapeutiques.* — Si nous examinons les résultats thérapeutiques auxquels nous a conduit l'usage de l'huile de croton à l'*extérieur*, nous pourrons constater les avantages réels de cette précieuse médication dans les cas suivans : Sciatiques, arthrites, pleurodynies, paralysies, stomatites laryngites, et gastrites chroniques.

Ire Obs. — *Sciatiques.* — Au n° 40 de la Salle Saint-Michel est couché le nommé Pierre Leroux, journalier, âgé de 84 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 6 décembre 1831. C'est un homme fort bien musclé. Il y a cinq mois, ce malade, travaillant à Chaillot à creuser une cave, étant continuellement exposé à l'humidité (quelquefois il avait de l'eau jusqu'à mi-jambe), se sentit pris d'une douleur violente au niveau de la hanche. Au même instant il tombe sous le poids de sa pioche, et c'est en vain qu'il fait tous ses efforts pour se mettre sur pieds. Ses camarades le relèvent, lui prêtent soutien. Il sort enfin, appuyé sur un bâton, gagne sa demeure, et se couche. Il passe le reste de la journée et toute la nuit dans d'horribles souffrances. La douleur, partant du plexus sciatique, s'étendait tout le long de la partie postérieure de la cuisse, suivait ensuite le rameau externe du grand nerf sciatique, et gagnait ainsi tous les orteils en suivant le bord péronier de la jambe. Il reste deux mois et demi dans cet état. Au bout de ce temps, sans le concours de médicamens, le repos seul ayant été mis en usage, notre malade se trouve soulagé. Quelques jours se passent : cet état d'amélioration persiste. Il reprend ses travaux accoutumés : la douleur sciatique reparaît dans la même semaine avec la même intensité. Cette fois-ci, après diverses consultations de médecins, il se décide à poser sur la partie malade trois vésicatoires de plusieurs pouces de diamètre : il en applique un premier sur la région fessière, un deuxième sur la cuisse, et un troisième, enfin, sur la jambe, vers sa partie externe et un peu postérieure. Cette médication ne produit aucun soulagement. Le malade attend néanmoins plusieurs jours encore : pas d'amélioration. Il se décide alors à entrer à l'hôpital. Le lendemain, 7 décembre, nous le trouvâmes dans l'état que nous avons noté plus haut : la douleur sciatique augmentant par la pression et par la chaleur du lit ; voies digestives et respiratoires en bon état, la circulation seule est accélérée, on compte 92 pulsations par minute ; céphalalgie (8 gouttes d'huile de croton-tiglium en friction sur la naissance du nerf sciatique ; boisson émollientes.)

Le 8, cuisson, démangeaison et rubéfaction de la peau de la partie frictionnée ; pas de soulagement sensible. L'éruption ayant parcouru sa première période dans le temps donné, on ne fit pas de nouvelle prescription. Le 9, les vésicules ne s'étaient pas montrées. l'état du malade étant resté le même, on prescrit 18 gouttes d'huile de croton en friction sur tout le trajet du nerf malade.

Le 10 au matin, nous remarquons une rougeur de tout le côté externe de la jambe. Des vésicules avaient paru à la région trochantérienne primitivement frictionnée. Le malade ressentait encore une douleur profonde, qu'il différen-

clait parfaitement du prurit produit par la friction. Le 11, l'éruption continue sa marche. Le malade ne ressent de douleurs qu'au haut de la cuisse (10 gouttes d'huile de croton en friction entre les deux trochanters). Le 12, l'éruption est considérable. On remarque, sur le bord externe du péroné, des papules de la largeur d'une pièce de cinq sous. Le malade ne ressent plus de douleur névralgique; il accuse de la chaleur et de la démangeaison dans les endroits frictionnés. (Boisson émolliente, et demie d'alimens.) Le 13, le malade a pu dormir une grande partie de la nuit; il ne ressent pas de douleur dans le membre, si ce n'est celle produite par l'éruption. Il est très satisfait de son état, et se propose de sortir aussitôt la desquamation des croûtes, qui est arrivée le 17 du même mois (six jours après la dernière friction).

IIe Obs. — Au mois de novembre 1831, une culottière, âgée de 58 ans, était entrée dans la salle St.-Thomas pour y être traitée d'une gastro-entérite chronique, lorsqu'elle fut prise durant son séjour à l'hôpital, et sans cause connue, d'une douleur sciatique extrêmement vive, pas de sommeil pendant la nuit, etc. On lui appliqua d'abord trente sangsues à la partie postérieure de la cuisse; pas de soulagement notable. Le lendemain on prescrivit une friction à la région précitée, avec six gouttes d'huile de croton-tiglium; l'éruption suivit toutes les périodes, et quarante-huit heures après, la douleur avait complètement disparu.

Arthrites. — IIIe Obs. — Au n° 28, salle Saint-Michel, était couché un maçon, âgé de 28 ans. Il y a trois mois environ qu'à la suite d'une fièvre typhoïde il porte un rhumatisme chronique de l'articulation scapulo-humérale. Depuis six semaines les saignées générales et locales, les vésicatoires, tout était mis en usage pour obtenir la guérison de cette arthrite; ce fut en vain. On eut recours alors à deux frictions avec l'huile de croton-tiglium; la première fois on employa six gouttes, et le lendemain on versa trois autres gouttes sur la partie déjà frictionnée. Je ne dirai pas qu'un soulagement complet suivit une semblable méthode, mais un amendement des plus notables eut lieu. Le malade pouvait dès le troisième jour remuer son bras; il ressentait encore quelques légers élancemens lorsqu'il l'exerçait beaucoup. Il resta plusieurs jours encore à l'hôpital. Cet état d'amélioration persistant, il sortit enchanté de sa position.

Nous avons recueilli une seconde observation toute semblable à celle que je viens de citer, chez un ancien militaire couché au n° 4 de la salle Saint-Léon. Il offrait aussi un rhumatisme chronique de la même articulation, et l'emploi du même traitement lui rendit toute la liberté de son bras.

Pleurodynie. — IVe Obs. — Un vigneron, âgé de 33 ans, couché au n° 6 de la salle Saint-Michel, éprouve, depuis trois semaines environ, une douleur continue entre la sixième et la septième côtes gauches, un peu en arrière; le malade ne peut exécuter un mouvement du torse sans accroître beaucoup ses douleurs; il ne peut garder le décubitus sur ce côté; la respiration est gênée. L'auscultation et la percussion ne nous montrent rien d'anormal. Au rapport du malade, nous apprenons que trois mois auparavant il avait été affecté d'une douleur semblable à l'épaule gauche. Les voies digestives sont en bon état. (8 gouttes d'huile de croton-tiglium en friction sur le point douloureux.) Dès le lendemain, l'éruption est entrée dans sa première période; le malade a dormi une grande partie de la nuit; il ne ressent plus la douleur profonde qui gênait la respiration. Il se propose de sortir sous peu de jours.

Le fait suivant suffirait à lui seul pour placer au premier rang, parmi les médicamens héroïques, l'huile de croton-tiglium.

Paralysie du sentiment. — Ve Obs. — Le nommé Pierre Dumas, couché au n° 14 de la salle Saint-Léon, est entré à l'hôpital de la Pitié le 8 novembre 1831. Comme antécédens, nous recueillons : il y a sept mois ce malade a eu un érysipèle de la face, s'étendant sur la partie latérale gauche du cou. Entré dans les salles de M. le professeur Andral, il en est sorti parfaitement guéri au bout de cinq semaines de traitement. Trois semaines après sa sortie, sans cause connue, des étourdissemens et des éblouissemens surviennent tout-à-coup; ces symptômes maladifs s'aggravent; ils paraissent tous les deux ou trois jours; le malade ne suit aucun traitement. Cet état dure deux mois. Apparaît ensuite une autre série de phénomènes : un engourdissement général envahit tout le côté gauche de la face, et au même instant la vue de ce côté devient trouble; la narine gauche ne sent plus, et tout l'intérieur de la bouche, du côté gauche seulement, avait perdu toute dégustation. Ajoutez à cela une céphalalgie frontale très-intense. Le malade nous dit que lorsqu'on le rasait il éprouvait la même sensation que si un corps étranger, tel qu'un morceau de parchemin, était placé sur sa joue, et qu'au lieu d'alimens de bon goût il lui semblait mâcher de la terre. La langue, un peu rouge à sa pointe et sur son limbe, était recouverte d'un enduit jaunâtre assez épais à son milieu; le ventre était souple, l'épigastre un peu sensible; dévoiement depuis dix jours, quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures; le pouls battait 90 fois par minute; pas de gêne dans la respiration (20 r. par minute). (Saignée du bras de quatre palettes; bains de pieds sinapisés le soir; boisson émolliente dans le cours de la journée; diète.)

Le lendemain, pas de soulagement notable. On a recours à la méthode révulsive. (2 pilules d'un quart de grain de croton-tiglium; même boisson et diète.) Le 11, vingt évacuations liquides furent le résultat de l'administration des pilules. La céphalalgie avait entièrement disparu; le ventre était souple dans tous ses points; plus de douleurs à l'épigastre. J'avais oublié de dire que les premières évacuations avaient été précédées de borborygmes et de légères coliques. La langue est naturelle, la soif n'est plus vive; le pouls est tombé à 80; la respiration se fait toujours bien. L'œil gauche ne distingue pas mieux les objets; la sensibilité du côté gauche de la face est toujours abolie. (Boisson émolliente, diète.)

Le 12, même état; le malade a eu encore deux selles; les jours suivans, le dévoiement était complètement arrêté; la céphalalgie n'avait pas reparu, les voies digestives et respiratoires étaient en bon état. Dans l'intention de savoir jusqu'à quel point une irritation artificielle des parties affectées agirait sur les nerfs de la cinquième paire, on prescrivit une friction avec huit gouttes d'huile de croton sur le cou et la joue insensibles.

Le lendemain 24, l'éruption avait déjà parcouru la deuxième période; elle était très confluente; le malade nous a dit, et nous nous sommes assuré qu'il voyait, sentait et dégustait; c'est chez ce malade que la cinquième période de l'éruption s'est prolongée jusqu'au treizième jour. Il n'est sorti que le 12 décembre, ayant eu quelques jours auparavant de nouveaux étourdissemens beaucoup moins intenses que les premiers; ces derniers avaient cédé à une saignée du pied.

Angines laryngées. — La première observation que je rapporterai est celle d'un individu qui était couché au N.° 7 de la salle Saint-Léon. Cet homme était un de ces chanteurs en plein vent qui courent les rues de la capitale; plusieurs fois il avait été atteint de ces angines légères, qu'il guérissait, disait-il, en se gargarisant avec deux ou trois litres de vin. Cette fois, il avait tenté le même remède, mais un peu trop tard. Tous les symptômes, loin de diminuer, s'étaient accrus considérablement; il se vit à regret forcé d'entrer à l'hôpital. A notre premier examen, nous constatâmes une toux sèche et fréquente, qui était des plus pénibles; une douleur vive se faisait sentir dans tout le larynx, et augmentait lors du passage des boissons à travers l'œsophage; la respiration était sifflante, le malade pouvait à peine se faire entendre; il y avait aphonie à un haut degré; en même temps sécheresse de la gorge. Examinés à la lumière, le voile du palais et ses piliers étaient rouges et légèrement tuméfiés; le pouls marquait 96 pulsations par minute; chaleur à la peau, anxiété. (Saignée de quatre palettes; bain de pieds sinapisé; pour boisson, tisane de mauve édulcorée avec sirop de gomme.)

Le lendemain, tous les symptômes généraux ont disparu; la douleur au larynx a beaucoup diminué, mais il y a toujours aphonie presque complète et sécheresse à la gorge. Les piliers du voile du palais sont toujours enflammés; le pouls ne donne plus que 80 pulsations; il n'y a pas de chaleur à la peau; le malade a dormi quatre à cinq heures de la nuit. (10 gouttes d'huile de croton en friction sur le pourtour du larynx.)

Le jour suivant, l'éruption était très confluente; le malade parlait beaucoup plus distinctement: sa voix avait presque repris son timbre naturel; il ne sentait plus de sécheresse dans la gorge; les piliers étaient moins enflammés, il pouvait avaler les boissons sans douleurs au larynx; le malade n'avait pu prendre de repos de toute la nuit, la démangeaison de la partie frictionnée avait empêché son sommeil. Un régime doux, des boissons et des gargarismes émolliens ont achevé le reste: il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri le neuvième jour de son entrée.

Dans deux autres cas d'angine laryngée, dont les détails trop longs ne me permettent pas de relater en entier les observations, nous avons pu constater l'heureux effet de l'huile de croton employée en friction sur les côtés du larynx.

Je ne dirai qu'un mot d'une *stomatite pseudo-membraneuse*, observée chez un homme de plus de soixante ans, ancien militaire, couché au N.° 5 de la salle Saint-Léon. Lorsque le malade se présenta à notre observation, la maladie avait déjà fait de rapides progrès; l'intérieur de la bouche était recouvert par intervalles, ainsi que la langue, de petites plaques d'un blanc grisâtre, oblongues; les points sur lesquels n'existaient pas ces fausses membranes étaient rouges, énormément tuméfiés; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés et douloureux à la pression; l'haleine était des plus fétides; le gonflement des lèvres leur donnait une teinte violacée; la déglutition était très difficile; cependant la maladie n'avait débuté que depuis huit jours, et le malade ne savait à quoi en attribuer la cause. On posa à deux fois différentes soixante sangsues vers la région mastoïdienne, de chaque côté: pas de soulagement; les cataplasmes et tous les collutoires imaginables n'amenaient aucune amélioration notable dans l'état de notre malade, qui ne pouvait plus articuler les sons. On eut recours alors à une friction sur les parties latérales du cou, avec huit gouttes d'huile de croton-tiglium. Le lendemain, l'éruption était des plus considérables; la teinte livide des lèvres s'était dissipée, le malade pouvait parler. C'est à dater de ce jour seulement que la maladie a marché vers une résolution qui, pour être complète, s'est fait attendre encore une quinzaine de jours au moins; bien entendu que les gargarismes acidulés, les cataplasmes, les bains de pieds sinapisés et les boissons émollientes ont été mis en pratique après la friction indiquée.

Parmi les cas de *gastrite chronique* traités par l'huile de croton en friction sur l'épigastre, je ne citerai que quelques-uns, qui, pris au hasard dans le grand nombre d'observations que nous avons recueillies, parleront assez en faveur de cette médication; et d'abord:

Un vigneron des environs de Paris, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, vers le mois de juin 1831; il nous dit que depuis quinze ans il était pris de vomissemens; jamais il ne s'était écoulé un intervalle de quinze jours sans que ces régurgitations se répétassent. Cette matière du vomissement était tantôt fortement acide, et d'autres fois seulement fade; elle avait la consistance et l'aspect d'une solution gommeuse largement étendue d'eau; l'acidité était si forte parfois, que le malade nous assurait qu'en laissant tomber un peu de cette liqueur sur le carreau, elle le faisait bouillonner (ce sont ses expressions). Le fait est que l'émail de ses dents était complètement détruit: l'estomac est douloureux à la pression; cependant l'appétit est conservé; la langue n'est pas rouge; le malade ne rend jamais ses alimens; il conserve la plénitude de ses forces. Ce malade est resté plus de trois mois dans les salles de M. le professeur Andral; il n'est pas de traitement qu'on ne lui ait fait subir: sangsues, moxas, sous-nitrate de bismuth, etc., tout avait été employé, lorsque l'analyse des matières du vomissement, faite par un de mes collègues, M. Mialhe et moi, nous fit reconnaître la présence de l'acide acétique. D'après cette donnée, nous fûmes portés à commencer l'usage du bi-carbonate de soude, qui parut dans les premiers jours nous conduire à une amélioration notable dans l'état de notre malade, qui nous assurait qu'aussitôt qu'il sentait venir ces nausées acides, qui précédaient toujours chaque vomissement, il n'avait qu'à prendre une cuillerée de sa potion, dans laquelle entrait en solution un à deux grains de bi-carbonate de soude, pour les faire disparaître comme par enchantement. Les vomissemens avaient cessé pendant un mois sous l'influence de cette médication, lorsqu'il recommencèrent de plus belle, et qu'il ne fut plus possible de les arrêter de nouveau par ce même moyen. C'est alors qu'on eut recours à une première friction

sur l'épigastre avec dix gouttes d'huile de croton. L'éruption abondante qui se fit sur la peau, paraissant avoir une heureuse influence sur l'état de l'estomac, les vomissemens devinrent plus rares ; on cessa entièrement le bi-carbonate de soude, et l'on fit de nouveau, au bout de douze à quinze jours, une seconde friction avec quinze gouttes d'huile. Cet homme se trouva dès-lors dans un état satisfaisant ; il resta plusieurs semaines encore à l'hôpital ; les vomissemens ne reparurent plus. Depuis deux ans nous n'avons pas revu ce malade, qui nous avait bien promis de revenir s'il était pris de nouveaux accidens. Je dois ajouter que les deux frictions faites sur l'abdomen de cet individu ne lui ont procuré aucune évacuation alvine.

Dans deux autres observations de gastrite chronique, chez deux femmes, nous avons vu, à la suite d'une friction avec huit gouttes d'huile à la région épigastrique, la sensation douloureuse de l'épigastre disparaître, les vomissemens cesser, les rapports aigres ne plus se montrer, l'appétit revenir et les digestions se faire.

§. II. *Usage interne.* — Pour parer à l'action irritante que produit quelquefois l'huile de croton-tiglium lors de son passage à travers le pharynx et le conduit œsophagien, on a imaginé une foule de formules dont le plus grand nombre ne font que masquer la promptitude et la certitude de l'action purgative de cette huile. C'est ainsi qu'on l'a administrée sous forme de savon, de teinture, qu'on en a fait des potions purgatives, des pilules, etc. Pour nous, nous avons employé l'huile de croton pure, que nous administrions dans une cuillerée de tisane, à la dose d'une à deux gouttes au plus. Nous avons fait aussi un grand usage des pilules de M. Caventou, qui les prépare de la manière suivante : Prenez ; huile de croton-tiglium, 20 grammes, *vel* dragmes V ; lessive des savonniers, 10 grammes, *vel* dragmes ij scrupules. On mêle et on triture longtemps dans un mortier de verre ; il se forme un savon que l'on coule dans des moules. Toutes choses égales d'ailleurs, ce dernier mode d'administration ne nous a jamais donné des résultats semblables au premier, et jamais non plus les diverses potions purgatives que j'ai vu employer dans d'autres services que celui de M. le professeur Andral n'ont amené après elles une purgation aussi énergique que la même quantité d'huile avalée dans une cuillerée d'eau. A quoi tient cette différence dans le mode d'action ? Très probablement à l'état de mélange où est l'huile lors de son ingestion dans l'estomac.

1° *Effets Physiologiques.* — Lorsqu'on administre à un malade l'huile de croton-tiglium à la dose d'une à deux gouttes, soit en pilules, soit pure, dans une cuillerée de tisane, il éprouve presque aussitôt au pharynx et le long du trajet œsophagien un sentiment de chaleur qui se communique quelquefois jusqu'au creux de l'estomac et persiste quelques minutes ; il survient parfois des nausées, plus rarement des vomissemens : c'est surtout chez les femmes que ce dernier phénomène s'est montré le plus souvent. Trois quarts d'heure ou une heure après, le malade ressent des borborygmes et des coliques plus ou moins fortes dans tout le ventre ; commencent ensuite les premières selles, qui se font sans ténesme, sans épreintes, ni chaleur au fondement. La matière des évacuations est toujours très liquide, ressemble à de l'eau colorée en jaune, et part comme une fusée ; le nombre des selles, terme moyen, est dix à douze pour une goutte d'huile.

Chez deux malades (hommes), l'un affecté de colique de plomb et l'autre de simple bronchite, l'huile de croton, administrée à la dose de deux gouttes, a produit chez le premier, vingt selles, et seize chez le second. A la dose d'un huitième de grain, le savon de M. Caventou ne nous a jamais donné de selles. A la dose d'un quart de grain, le même médicament a amené une seule fois, sur six cas, cinq évacuations chez une femme hydropique. Administré à un demi-grain, le terme moyen des évacuations est de sept à huit. Un homme paralytique a eu vingt selles à la suite de cette même dose. Deux fois nous avons donné le savon à la dose de trois quarts de grain. La première fois il a produit treize selles, et la seconde trois seulement ; mais il faut dire que la femme qui avait pris cette pilule avait eu, presque aussitôt après son ingestion dans l'estomac, trois vomissemens abondans. Enfin, à la dose d'un grain, le savon d'huile de croton ne nous a pas donné de résultats plus avantageux qu'à dose moitié moindre ; le terme moyen des évacuations a été de six à sept.

Le lendemain de l'administration de l'huile de croton, tout l'appareil digestif reprend ses fonctions. La langue est naturelle, la soif nulle, le ventre souple. Dans un seul cas sur cinquante-deux, nous avons observé une douleur épigastrique qui a réclamé le traitement antiphlogistique. Jamais, dans les cas d'inflammations gastro-intestinales, nous n'avons vu son emploi suivi d'accidens graves. Les fonctions circulatoires et respiratoires ne nous ont pas semblé ressentir d'influence sous l'action de ce médicament. Chez un seul malade paralytique, la sécrétion urinaire a été notablement augmentée.

J'ai présenté dans ma Thèse un tableau qui indique tous les effets produits sur le tube digestif chez chaque individu, à la suite de l'administration de l'huile de croton à dose différente.

2° *Effets thérapeutiques.* — Dans le grand nombre d'observations que je pourrais rapporter, je citerai seulement celles où l'emploi de l'huile de croton paraît avoir eu des avantages réels ; et d'abord, je parlerai de la *colique saturnine.*

1re Obs. — J.-J. Marino, ouvrier, âgé de 50 ans, d'une constitution forte, travaillait depuis dix ans dans une fabrique de produits chimiques, où il maniait habituellement des préparations de plomb. Il était atteint pour la troisième fois de colique métallique, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Pitié, le 22 novembre. Il était malade depuis cinq jours, et lorsque nous le vîmes à la visite du 23, son *facies* était couleur jaune-paille, les parois abdominales étaient rétractées ; il ressentait dans tout le ventre, et surtout vers l'ombilic, des douleurs vives, diminuant par la pression ; constipation depuis le premier jour de la maladie ; nausées depuis trois jours, vomissemens de matière bilieuse depuis la veille de son entrée ; crampes dans les mollets. Notre malade occupait tour à tour toutes les positions imaginables, sans en trouver une bonne. Insomnie complète ; le pouls conserve sa force et sa fréquence normales.

Deux pilules d'un quart de grain d'huile de croton furent administrées le même jour ; elles déterminèrent seulement un peu de chaleur.

Le lendemain, une goutte d'huile de croton donna lieu à vingt évacuations abondantes, qui firent cesser en vingt-quatre heures les douleurs abdominales. Le malade conservait encore un peu d'abattement; mais il ne tarda pas à sortir de l'hôpital, le 7e jour de son entrée.

Je ne crois pas sans intérêt d'ajouter ici sur cette affection plusieurs autres observations non consignées dans ma Thèse.

IIe Obs. — *Colique de plomb.* — Le 10 janvier 1832 est entré à l'hôpital de la Pitié un journalier âgé de 50 ans; c'est un homme fort et bien musclé: depuis deux mois il travaillait dans une fabrique de blanc de céruse, lorsque, il y a trois jours, il a été pris de fortes coliques et de douleurs dans les bras et dans les mollets particulièrement. Pas de selles depuis l'apparition de ces premiers symptômes; quelques nausées depuis hier. Notre malade ajoute qu'il ne peut plus se livrer au sommeil. Les parois abdominales sont fortement rétractées; le pouls bat 80 fois par minute, il y a 24 respirations. (Orge éduleorée pour tisane; de plus *une goutte* d'huile de croton-tiglium à prendre dans une cuillerée d'eau). 20 selles liquides dans le courant de la journée et pendant une grande partie de la nuit. La première évacuation eut lieu deux heures après l'administration de l'huile; elle avait été précédée d'un peu de chaleur au pharynx et de légères coliques. 11. Ce matin le ventre n'est plus douloureux, la langue est humide, l'appétit bon. On compte 94 pulsations et 24 respirations à la minute. Les parois de l'abdomen semblent toujours rétractées sur la colonne vertébrale. Pour toute prescription, on ordonne de l'orge pour boisson. Le 12, la langue est naturelle, pas de douleur épigastrique, appétit. 20 respirations et 60 pulsations par minute. Enfin, notre malade est sorti le 14 du même mois, le quatrième jour de son entrée, parfaitement guéri.

Trois autres malades, présentant tous les symptômes de *colique saturnine*, ont été traités de la même manière et guéris, les deux premiers au bout du cinquième jour de leur entrée à l'hôpital, l'autre au bout du onzième jour seulement. Je dois citer l'observation de ce dernier individu; c'est, sur cinquante-deux cas, le seul qui ait été suivi d'accidens. Voici ce fait:

Le 3 novembre 1831 est entré à l'hôpital de la Pitié le nommé Chevalier, peintre en bâtimens. C'est un homme d'une taille moyenne; il est âgé de 51 ans. Depuis quinze mois il travaille au blanc de céruse, et c'est la quatrième fois qu'il est atteint de colique de plomb. Son ventre est volumineux et douloureux, surtout vers l'hypogastre; la vessie fait en cet endroit une proéminence très forte; on sonde le malade, il s'écoule une grande quantité d'urine; mais les douleurs abdominales n'en persistent pas moins. Depuis huit jours il nous dit ne pas avoir été à la selle, et depuis ce temps durent ses douleurs de ventre, qui ont été précédées d'un malaise général, de crampes dans les jambes, etc. Pas de vomissemens; la langue est naturelle: à cela se joint une céphalalgie fort intense; apyrexie complète. (Une goutte d'huile de croton-tiglium.) Le 4, trois quarts d'heure après l'administration du médicament, le malade ressent une chaleur très forte au pharynx, le long de l'œsophage, et principalement à l'épigastre. En même temps il éprouve de violentes coliques, et au bout d'une heure eut lieu la première évacuation, qui fut suivi de vingt-quatre autres. La langue est humide; le ventre est souple et non douloureux, excepté dans sa région épigastrique, où la douleur augmente par la pression: plus de céphalalgie. 60 pulsations par minute. (Eau de gomme pour boisson; potion gommeuse; diète.) Le 5, le malade a eu encore quatre selles dans la journée. La langue est humide, mais blanche à son centre, et sans rougeur sur ses bords; pas de nausées; la douleur épigastrique a augmenté; le reste du ventre est souple et indolent. (Même tisane.) 20 sangsues à l'épigastre. Le 6, les sangsues ont beaucoup coulé. La douleur épigastrique a disparu en grande partie; néanmoins, lorsque l'on presse sur cette région, le malade accuse encore de la douleur; la langue est blanche, toujours humide. Le malade nous dit avoir bien dormi. Par de selles. (Eau de gomme; potion gommeuse; lavement de guimauve; diète.) Le 7, la douleur épigastrique existe encore. Goût d'amertume dans la bouche; langue comme hier; le ventre est insensible à la pression. Il a eu deux selles; peu de sommeil. Notre malade enfin est resté jusqu'au 10 dans cet état de malaise. On a été obligé d'avoir recours à l'acétate de morphine pour lui procurer du repos, et ce n'est que le 14 de novembre qu'il a quitté l'hôpital, parfaitement remis de son accident.

A côté de ces faits, je rangerai l'observation d'un homme, couché à un des numéros de la salle Saint-Michel, atteint depuis plusieurs jours d'une affection qui offre beaucoup d'analogie avec la précédente, la colique de cuivre. C'était un chaudronnier, âgé de 44 ans, qui, depuis six à sept jours, ressentait de vives douleurs dans le ventre; depuis cinq jours environ il était pris de dévolement; en même temps, nausées, vomissemens, bon état des voies respiratoires et circulatoires; pas de crampes. Le lendemain de son entrée, on lui fit prendre une pilule d'un demi-grain d'huile de croton. Il ressentit presque aussitôt après son ingestion un sentiment de chaleur au pharynx; cette sensation se dissipa, et fut remplacée par quelques nausées qui précédèrent un vomissement bilieux abondant, qui fut néanmoins suivi de dix selles liquides. Dès le lendemain, les douleurs aiguës du ventre s'étaient apaisées; le malade n'était plus tourmenté par ces angoisses qui ne lui permettaient pas auparavant de garder une position stable. Quelques jours d'un régime doux suffirent pour le rendre à une parfaite santé. Je dois noter surtout que les voies digestives étaient revenues à leur état normal le lendemain de l'administration de l'huile. Le surlendemain, le malade n'eut qu'une selle comme à son ordinaire; il en avait eu deux la veille.

Dans deux cas de *constipation* fort opiniâtre, dont l'un n'avait pas cédé à l'emploi d'un éméto-cathartique fait avec sulfate de soude, once j; émétique, un demi-grain; et l'autre avait résisté à l'administration de trente-six grains de résine de jalap et d'un lavement purgatif, chez deux femmes couchées, l'une au n° 5, et l'autre au n° 17 de la salle Saint-Thomas, nous avons vu une goutte d'huile de croton produire chez la première huit selles, et trois seulement chez la seconde. Chez toutes les deux les voies digestives étaient rentrées dans leur état normal le lendemain de l'administration de l'huile.

Dans les affections graves de la poitrine, ce groupe de

symptômes que les auteurs ont décrit sous le nom d'*asthme*, est, sans contredit, une de ces maladies qui réclament le plus promptement et le plus impérieusement les secours de l'art. Voici ce que j'ai observé dans un cas de ce genre, traité par l'huile de croton, conjointement avec la saignée.

Obs. — Un journalier de plus de 60 ans, couché au N° 8 de la salle Saint-Michel, était sujet, depuis dix années, à des accès d'asthme, qui augmentaient chaque hiver de fréquence et d'intensité. Il en était arrivé au point que ces accès se répétaient plusieurs fois dans le même mois, lorsqu'il se présenta à l'hôpital de la Pitié à la fin d'octobre 1831. Il offrait une maigreur générale. Depuis longtemps il avait beaucoup de difficulté dans la respiration; il ne pouvait plus monter un escalier sans perdre haleine; le décubitus sur un plan horizontal lui faisait éprouver un sentiment de resserrement dans toute la poitrine. La toux était fréquente et suivie d'une expectoration abondante, qui cessait au commencement de chaque accès. (Il sentait alors, disait-il, que ses crachats l'étouffaient.) La poitrine percutée donnait un son très clair. L'auscultation nous faisait entendre un râle sonore en avant et en arrière; dans quelques points on distinguait du râle sibilant. Le pouls était fort, d'une fréquence à-peu-près normale. On eut recours au traitement antiphlogistique. M. Andral prescrivit une forte saignée du bras et des sinapismes aux extrémités inférieures. (Boissons délayantes.)

Le lendemain, l'état du malade était sensiblement amélioré. On avait retardé ainsi l'arrivée d'un nouvel accès. Le malade pouvait respirer plus librement en se tenant assis sur son lit. Il resta dix à douze jours environ dans cet état satisfaisant, lorsque, le 13 novembre, nous le trouvâmes, à la visite du matin, dans l'état suivant : il était assis sur son lit, les mains appuyées en arrière sur ses oreillers, la face colorée, la toux fréquente, mais sans expectoration; à peine pouvait-on compter la respiration, qui était saccadée. Le pouls était petit, mais fréquent. Le malade était dans une agitation extrême; la suffocation paraissait imminente. Mêmes signes stéthoscopiques. (Une goutte d'huile de croton-tiglium; de plus, une saignée du bras; boissons délayantes.) L'effet fut des plus marqués. Ces symptômes effrayans, qui duraient depuis quatre heures du matin, disparurent en partie avec les premières selles, qui eurent lieu une heure après l'administration du purgatif. Le malade passa le reste de la journée conservant la même position; mais la dyspnée avait cessé, la parole était devenue libre. Le malade avait pu dormir deux heures de la nuit.

On continua pendant quelques jours l'usage de l'huile de croton en pilules, à la dose d'un demi-grain. L'amélioration persista pendant près de quinze jours, époque à laquelle il eut un second accès beaucoup moins fort que le précédent, et qui céda au même mode de traitement. Il s'est écoulé trois semaines depuis ce dernier; le malade n'a ressenti aucune atteinte nouvelle; il est sorti le 26 décembre, pour reprendre son genre de vie habituel.

Enfin, dans plusieurs cas de *céphalalgie* fort intense, ayant résisté aux saignées et aux révulsifs cutanés, nous avons vu un dérivatif énergique, produit sur le canal intestinal, faire disparaître du jour au lendemain les symptômes les plus aggravans de ces affections cérébrales. Nous prenons, entre dix observations, les deux suivantes.

Obs. Ier — Levavasseur, cordonnier, âgé de 23 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, le 18 octobre 1831. Depuis huit ans, cet homme nous dit être en proie à de fortes migraines accompagnées de vomissemens, se montrant tous les quinze jours à peu après. Depuis un mois, cette céphalalgie, des plus intenses, ne l'a pas quitté, et depuis six jours environ il a été pris, pour la première fois, d'étourdissemens et de vertiges, qui l'obligèrent de suspendre ses occupations. Les voies digestives sont en bon état; le pouls ne bat que 60 fois par minute; la respiration est libre. Jamais d'épistaxis, jamais d'engourdissemens dans les membres. Une large saignée du bras et des pédiluves sinapisés ne produisent qu'un soulagement à peine sensible et momentané. Le surlendemain, on administre une goutte d'huile de croton; le malade eut vingt selles liquides; la céphalalgie a entièrement disparu; plus de vertiges, plus d'éblouissemens. Ce malade est resté quelques jours encore à l'hôpital pour nous assurer s'il n'y n'aurait pas récidive; il est sorti le septième jour de son entrée, se félicitant de son état.

Obs. IIe — Lanier, âgé de 32 ans, couché au N° 9 de la salle Saint-Léon, éprouvait depuis plusieurs années une céphalalgie fort intense. La vue s'était affaiblie; le bras droit et les extrémités inférieures étaient parfois engourdis, etc. Les saignées et les sangsues n'avaient rien changé à son état: on appliqua un séton à la nuque; pas d'amélioration; on eut recours alors à l'huile de croton-tiglium, que l'on administra en pilules à la dose d'un demi-grain et d'un grain; le malade en prit une tous les deux jours pendant plusieurs semaines. La diarrhée remplaça la constipation, qui était habituelle, et, sous l'influence de cette médication, son état s'améliora tellement, qu'il quitta l'hôpital, parfaitement guéri, au bout d'un mois de ce dernier traitement.

Conclusion. — I. L'huile de croton-tiglium mélangée avec l'huile d'amandes douces (dans les proportions que nous avons indiquées) *ne produit jamais de selles*, lorsqu'elle est employée en frictions autour de l'ombilic.

II. Dans l'immense majorité des cas, l'huile de croton-tiglium, pure, en friction sur le trajet du colon transverse, n'amène après elle *aucune évacuation alvine*.

III. Dans les cas de sciatique, d'arthrite, de rhumatisme en général, et toutes les fois qu'il sera utile de rappeler un exanthème cutané aigu, on doit avoir recours à l'huile de croton, de préférence à la pommade stibiée, aux vésicans, à la teinture de cantharides, à l'emplâtre de poix de Bourgogne, etc.

IV. Dans le cours d'une gastrite chronique, mais mieux cependant à son début, on emploie avec avantage l'huile de croton-tiglium, à la dose de 8 à 10 gouttes en friction, sur la région épigastrique.

V. Dans la colique de plomb, l'huile de croton-tiglium, administrée à l'intérieur à la dose d'une goutte, peut balancer les avantages du traitement dit *de la Charité*.

VI. L'huile de croton-tiglium doit être mise en usage toutes les fois que des purgatifs ordinaires ont été employés sans succès.

VII. Quand on a besoin d'un purgatif dont les effets soient prompts, et lorsque l'on veut agir avec force sur le canal

intestinal, on doit employer par dessus tout la médication précitée.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang;

Par M. MARSHALL HALL, M.-D. (1). (IIe article.)

Dans le précédent numéro de ce journal, nous avons exposé les conséquences générales que M. M. Hall a tirées de ses recherches; il nous reste maintenant à faire connaitre les expériences sur lesquelles elles sont fondées.

Expérience première. — 2 novembre 1830. Le sujet de cette expérience était un basset, âgé de 18 mois, pesant 17 livres, très vif et robuste. On le saigna *ad deliquium*, et on lui tira environ 16 onces de sang. A mesure que le sang coulait, l'œil devint languissant; les paupières se fermèrent à moitié, la tête se pencha, et l'animal tomba sur la poitrine, en poussant un soupir profond; la respiration s'accéléra et alors il poussa un soupir plus profond que le premier. Posé à terre, il chancelait; des nausées et des vomissemens se manisfestèrent, et il y eut une évacuation alvine.

En tenant l'animal suspendu par les pattes de devant, la respiration devint haute et accélérée; les yeux se fermèrent, et l'état de syncope se prononça plus qu'auparavant. On le suspendit alors par les pattes de derrière et la syncope se dissipa immédiatement.

Dans plusieurs expériences subséquentes, on observa que les battemens du cœur cessaient d'être perceptibles à l'oreille appliquée à la poitrine pendant l'état de syncope, mais devenaient sensibles aussitôt que l'on suspendait l'animal par les pattes de derrière.

Un quart d'heure après la saignée, l'action du cœur était à peine sensible et cet organe battait 80 fois par minute. L'animal refusait alors du lait, ce qu'il fit encore quatre heures après la saignée.

Le lendemain matin, à 9 heures, le chien prit un peu de lait et de pain à plusieurs reprises; cependant il restait couché et paraissait encore très abattu. A midi, il mangea un peu de pain et de lait avec plus d'appétit. A 5 heures, il avait repris sa vivacité et sauta de joie, quand on lui présenta du lait et du pain qu'il dévora avec avidité; peu de temps après, il rongea un os.

A 7 heures du soir, le pouls donne 140 pulsations; les bruits du cœur sont forts et distincts; la température entre les lèvres et les dents est de 36°, 5 cent.; les oreilles sont chaudes; la langue un peu pâteuse et blanchâtre. L'animal fut saigné de nouveau, jusqu'à ce qu'il éprouvât un commencement de syncope. On tira huit onces de sang. Bientôt il ouvrit la gueule, parut respirer avec difficulté, et poussa de profonds soupirs; l'œil devint terne et les paupières se fermèrent; alors la respiration, qui se faisait par le nez, devint bruyante; elle s'opérait presque entièrement par le diaphragme. Les battemens du cœur n'étaient pas appréciables à l'oreille appliquée à la poitrine, et ceux de l'artère fémorale donnaient 98 par minute; les matières fécales furent expulsées; les pupilles étaient dilatées, et la démarche de l'animal était faible et chancelante.

L'état de syncope était moindre que la veille, mais l'animal paraissait plus faible; les oreilles se refroidirent peu-à-peu, et la conjonctive devint très pâle; l'animal refusait le lait qu'on lui présentait. Une heure et demie après la saignée, il paraissait très faible et très abattu. Au bout de 3 heures, l'état était le même: il y avait 22 inspirations dans une minute, et 132 pulsations.

Le lendemain matin, 4 novembre, à 9 heures, l'appétit n'était pas revenu; l'animal goûta le lait qu'on lui présenta et s'en détourna avec dégoût, en faisant entendre de faibles gémissemens.

Le pouls était à 144 et les inspirations à 24; la température, prise entre les gencives et les joues, était de 37°, 7 cent.; la langue était blanchâtre et chargée. A 5 heures, il prit un peu de lait et du pain; le pouls donnait 132 pulsations.

A 7 heures du soir, le pouls était à 130, les inspirations à 26, la température à 37°; les oreilles étaient fraiches. On ouvrit encore la jugulaire externe, et on laissa couler 8 onces de sang qui était peu épais et se sépara quelque temps après en parties égales de sérum et caillot.

Pendant que le sang coulait, la respiration devint haletante et suspirieuse; la tête se pencha; la gueule s'ouvrit et les paupières se fermèrent en partie. Peu de temps après la saignée, il y eut une évacuation de matières fécales, et, au bout de dix minutes, une évacuation d'urine; les pupilles étaient dilatées; le pouls descendit à 93 pulsations et la température à 43° cent. Après trois mouvemens respiratoires très précipités, on observa une inspiration profonde suivie d'une expiration tout aussi profonde, accomplie par une forte contraction des muscles abdominaux. Avant la saignée, les battemens du cœur étaient fort distincts; ils devinrent très faibles après l'opération; mais au bout d'une demi-heure, ils revinrent à leur état primitif.

A une heure du matin, le chien refusa de prendre du lait ainsi que du pain et du beurre, et paraissait triste. La température était à 29° cent., le pouls à 120 et les inspirations à 24; les oreilles étaient fraiches, et le ventre très relâché.

Le 5 novembre, à 9 heures du matin, on trouva l'animal mort. Les membres paraissaient évidemment avoir été le siége de mouvemens convulsifs; le cerveau était tout-à-fait exsangue; le sinus longitudinal vide, et les ventricules sans aucun épanchement. Les poumons étaient pâles et sans œdème; dans le côté gauche du cœur, on trouva un peu de sang très rouge. L'estomac et les intestins étaient pâles et exsangues.

Ce chien avait perdu 32 onces de sang, à différentes fois, savoir: 16, puis deux fois 8 onces, à un jour d'intervalle.

Les phénomènes qui se sont manifestés après la dernière

---

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*. T. XVII. 1832.

saignée, ne semblaient pas de nature à faire soupçonner que l'animal ne pourrait pas en revenir; aussi, dit l'auteur, je fus très étonné de sa mort, et je reconnus combien il est difficile d'apprécier le danger qui suit les pertes de sang.

Exp. IIe — On choisit, pour cette expérience, un basset, âgé de 2 ans, pesant 16 livres, maigre et très vif; pouls 120, inspirations 20, température 37° cent.

On tira 11 onces de sang de la veine jugulaire externe. Pendant l'écoulement du sang, les yeux devinrent ternes et se fermèrent à moitié : le chien paraissait fatigué et comme assoupi; il marchait les pattes écartées et sa démarche était chancelante. Tels étaient les seuls symptômes de syncope que présentât l'animal; encore ces symptômes étaient-ils faibles et ne survinrent-ils que lentement. La saignée avait été faite avec beaucoup de précautions.

Le lendemain matin, l'animal était toujours triste et, pour cette raison, on n'osa pas renouveler la saignée.

Le matin du jour suivant, 8 novembre, il avait repris sa vivacité; et dans la soirée, il présentait les phénomènes suivans : pouls 160; inspirations 30, température 38 cent., les battemens du cœur s'accompagnaient d'un sifflement particulier.

On ouvrit alors la veine jugulaire externe, et on laissa couler 5 onces et demie de sang. Ce liquide, quelque temps après, fournit 5 onces de sérum et deux onces et demie de caillot. Le sang jaillit d'abord; dans l'espace d'une demi-minute, l'animal inclina la tête sur la poitrine, ferma les yeux, resta immobile et soupira profondément; il n'y avait pas de nausées. Le pouls descendit à 108 pulsations, les inspirations à 20 et la température à 36° cent.; les battemens du cœur étaient insensibles. Au bout de deux minutes, le pouls monta à 116 et les inspirations à 22. L'effet produit par cette seconde soustraction de sang était beaucoup plus marqué que la veille, quoique la quantité tirée ne fût que la moitié.

A 11 heures et demie, dans la nuit, les inspirations étaient à 22, le pouls à 128 et la température à 36°, 5 cent.; le cœur et les artères présentaient des battemens très précipités. Le chien prenait du lait avec indifférence, et refusait tout-à-fait le pain.

A 10 heures du matin, le lendemain, la température était encore à 36°, les inspirations à 22 et le pouls à 130.

A 7 heures du soir, le pouls était monté à 160 et même variait de 160 à 180; la moindre excitation suffisait pour l'accélérer; les battemens du cœur étaient rapides, accompagnés d'un certain sifflement; les pulsations des artères présentaient le même phénomène, et on les sentait dans plusieurs petites branches, telles que la maxillaire et la labiale dans lesquelles elles ne sont ordinairement pas perceptibles; la carotide et la fémorale offraient des mouvemens pulsatifs très forts. En tenant la tête de l'animal entre les deux mains, on y sentait un battement général.

Dans cet état de l'animal, on répéta les expériences faites précédemment sur l'influence de la position sur les mouvemens du cœur; et on observa que, dans cet état de réaction, la position ne produisit aucun des effets qu'on avait remarqués dans les expériences précédentes.

Le jour suivant, le 10 novembre, à 8 heures du soir, l'état de l'animal était le même; la température était à 38°.

Le 11 novembre, à 7 heures du soir, le pouls et les battemens du cœur étaient à-peu-près les mêmes que les deux jours précédens; le cœur battait 144 fois par minute et avec le même bruit de lime qu'on avait déjà remarqué.

La température était à 37°,5. On examina les bruits du cœur, en tenant l'animal suspendu par les pattes de devant et par celles de derrière, sans remarquer de différence bien notable dans les deux positions. On ouvrit alors la jugulaire externe; le sang coula par un petit jet; on le laissa couler jusqu'à ce que l'animal poussât un soupir; alors on ferma tout de suite l'ouverture de la veine. La quantité retirée pesait 3 onces et un quart, qui fournit, au bout de 24 heures, 1 once trois quarts de sérum et 1 once et trois huitièmes de coagulum.

Après la saignée, le pouls changea de 96 à 108; la température descendit à 37°; les inspirations étaient au nombre de 28 environ, mais irrégulières. Au bout de vingt minutes, le pouls s'éleva à 160 et le sifflement déjà indiqué se faisait entendre aussi fort qu'auparavant. A ce moment, on examina encore l'effet des positions droite et renversée; dans la première, les bruits du cœur devinrent très faibles, et il survint d'autres symptômes de syncope; dans la seconde, ils se rétablirent instantanément; mais peu de tems après ils s'affaiblirent de nouveau. Cet effet était probablement dû à la fatigue ou à la gêne de la respiration. D'ailleurs ces phénomènes n'étaient pas, à beaucoup près, aussi marqués que dans les autres expériences dans lesquelles un état plus complet de syncope avait eu lieu.

L'animal placé sur la table, on observa que ses yeux étaient brillans, et les pupilles contractiles. Il paraissait abattu et n'avait pas la force de soutenir sa tête; d'ailleurs oreilles froides; température 36°, 6 cent.; respiration difficile et suspirieuse; relâchemens du sphincter de l'anus, avec évacuation de flatuosités.

Par le moyen de cette dernière émission de sang, la réaction qui existait précédemment cessa, sans aucun signe de syncope, signes qui ne se manifestaient que quand on suspendait l'animal par les pattes de devant. Cependant la réaction se rétablit bientôt, et les mouvemens saccadés du cœur et des artères devinrent très remarquables.

Le 12 novembre, l'animal avait repris sa vivacité et ne montrait aucun indice de malaise; pouls de 150 à 160; température 37° cent.; les pulsations des artères étaient plus saccadées, et le bruit de lime qui accompagnait celles du cœur plus marqué; les oreilles et les pattes étaient fraîches; enfin il n'y avait point de phénomènes morbides autres que les pulsations saccadées du cœur et des artères.

Le 13 novembre, pouls 132; inspirations 32; température 37° cent.; pointe des oreilles un peu froide; pouls un peu moins saccadé; bruit de lime du cœur aussi distinct que jamais, mais la force de l'impulsion semble diminuée.

On tira alors quatre onces trois quarts de sang de la veine jugulaire externe; et au bout de 24 heures, cette quantité s'était divisée en 3 onces et demie de sérum et en 1 once et demie de coagulum. L'animal tomba à terre. Le cœur ne donnait plus le bruit de lime, et le premier et le second sons étaient devenus très distincts; le pouls tomba à 108 pulsations; les inspirations à 24, et la température à 37° 5;

l'animal paraissait triste, abattu et refusait la viande. A 11 heures du soir, il reprit sa vivacité, et mangea de la viande et du pain trempé dans du lait. Les inspirations étaient à 28; le pouls à 150, et la température à 35° 5.

Le 14 novembre, à sept heures du soir, pouls 15; inspirations, 30; température, 37°. L'animal était très vif et mangeait avec avidité. En conséquence, on le saigna de nouveau, et on tira 4 onces de sang; ce liquide fournit quelque temps après 2 onces et trois quarts de sérum, et une once et un quart de coagulu. L'animal respiraitm alors avec une grande difficulté et poussait des soupirs fréquens; il tomba à terre et resta immobile, les yeux à moitié fermés. Les inspirations étaient à 26, le pouls à 108, et les bruits du cœur très affaiblis. Au bout de cinq minutes, le chien parut se rétablir, et il prit de la viande avec avidité.

Le 15 novembre, à sept heures du soir, le pouls était vibrant et donnait 160 pulsations; le bruit de scie du cœur était aussi fort qu'auparavant; inspirations 34, température 37°. On tira encore 4 onces et un quart de sang, qui fournirent 3 onces de sérum et une once et un quart de coagulum. Après cette nouvelle saignée, les inspirations s'élevèrent à 28, le pouls devint lent, mais il s'accéléra graduellement, et le bruit de scie du cœur, qui avait cessé, revint peu-à-peu : l'animal mangea de la viande.

Dans cette dernière expérience, l'animal parut s'affaisser très promptement, et les autres phénomènes de syncope étaient même beaucoup moins marqués qu'à la suite des saignées précédentes.

Le 16 novembre, le pouls variait de 152 à 168, et la respiration de 24 à 28. La température était de 37°. La pointe des oreilles était fraîche, les battemens du cœur s'accompagnaient du bruit de scie. On tira encore 3 onces et trois quarts de sang, qui donnèrent 2 onces et trois quarts de sérum et une once de coagulum. Cinq minutes après la saignée, l'animal reprit sa gaîté, et mangea de la viande avec avidité. Le pouls était à 156, les inspirations à 30, et la température à 37°. On pesa l'animal dans ces circonstances; on trouva qu'il avait gagné une demi-livre!

Le 17 novembre, à sept heures du soir, le pouls était à 158, les inspirations à 24, et la température à 37°; le bruit du cœur était le même, et les oreilles fraîches. On pratiqua une autre saignée, et on laissa couler le sang jusqu'à ce que l'animal commençât à soupirer profondément; alors on ferma la veine. La quantité de sang soustraite était de 3 onces et un quart, qui se divisa en 2 onces et un quart de sérum et une once de coagulum. Le pouls tomba à 100, les inspirations à 20, et la température à 35° 5. Le bruit du cœur persistait. A dix heures du soir, le pouls était extrêmement fréquent, l'animal paraissait plus abattu qu'auparavant; il prenait des alimens, mais avec moins d'avidité qu'à l'ordinaire.

Le 18 novembre, à sept heures du soir, pouls à 160 et saccadé, inspirations 24, température 57°; bruit du cœur comme auparavant; l'animal paraît plus languissant et triste. On tira encore 2 onces et demie de sang, qui fournirent une once et trois quarts de sérum, et trois quarts d'une once de coagulum. L'animal pencha la tête et tomba à terre sans souffler; il resta immobile et roula sur lui-même pendant quelque temps. Pouls, 132; bruit du cœur plus faible.

Le 19 novembre, l'animal paraissait plus abattu qu'à l'ordinaire; pouls, 168; bruit du cœur persistant; inspirations, 24; température, 37°. On fit une nouvelle saignée de 2 onces un gros et demi, et le sang fournit une once 5 gros et demi de sérum, et un demi-gros de coagulum. La respiration devint un peu laborieuse, le pouls faible donnait 132 pulsations; la température tomba à 36° 6. Les inspirations étaient au nombre de 20, et plus profondes; le bruit du cœur continuait. On pesa le chien de nouveau, et on trouva qu'il avait perdu deux livres depuis le 16. Les symptômes de réaction étaient moins marqués.

Le 20 novembre, pouls à-peu-près à 180, et très vibrant; bruit du cœur encore plus remarquable que précédemment; inspirations, 22, et température, 37° 5. Le battement des carotides se fait sentir très distinctement; la tête était penchée, et l'animal restait immobile. On observa que la conjonctive était un peu enflammée : l'appétit cependant était encore bon. On tira alors 6 onces et trois quarts de sang, qui fournirent 4 onces et 5 gros de sérum, et 2 onces et un gros de coagulum.

Le pouls devint plus plein pendant l'écoulement du sang, et l'animal soupira profondément. Peu de temps après le pouls ne marquait plus que 120 pulsations par minute; les inspirations étaient à 22, profondes et diaphragmatiques, et la température à 35° 5. Les paupières étaient un peu fermées, et les pupilles plus contractées qu'à l'ordinaire. A minuit, cinq heures après la saignée, le pouls avait augmenté de fréquence et variait entre 160 et 216. Les inspirations étaient à 22, profondes et régulières, et la température à 33° 5. Les yeux ne pouvaient supporter la lumière; les pupilles étaient très contractées; une matière muqueuse semblable à une fausse membrane couvrait en partie les cornées, particulièrement celle du côté droit qui avait un peu perdu de sa transparence. Le pouls conservait toujours le caractère indiqué ci-dessus, et le cœur son bruissement particulier. L'animal prenait encore un peu de viande délicate, mais il refusait celle qu'il avait mangée avec assez d'avidité peu de temps avant. La démarche était chancelante. Les poils étaient hérissés et paraissaient raides et durs, surtout à la partie antérieure de la tête. Le lendemain matin, ce chien était toujours triste et restait couché dans son coin. Les yeux étaient presque toujours fermés; les cornées paraissaient un peu opaques et recouvertes de mucus, particulièrement celle de l'œil droit; les pupilles étaient contractées, les yeux tournés du côté opposé à la lumière. Pouls, 180; inspirations, 24; température, 36° 6; pointe du nez chaude et sèche. L'animal était faible et amaigri; il mangea du mouton très tendre, mais avec dégoût. En le pesant le soir, on trouva qu'il avait perdu dix onces. Il paraissait évident que les symptômes d'affaissement, état que l'auteur désirait beaucoup observer, commençaient à se manifester.

Le 22 novembre, à sept heures du soir, pouls 150, inspirations 24, température 37°; cornée droite encore plus opaque.

On saigna l'animal et on tira 6 onces et 5 gros de sang, qui donnèrent 4 onces et demie de sérum et 2 onces et 1 gros de caillot solide, mais dépourvu de couenne. Pendant l'écoulement du sang, les symptômes restèrent les mêmes; mais bientôt le pouls tomba à 128; les inspirations devenaient

profondes et accompagnées de soupirs ; on en comptait 24 dans une minute. La température descendit à 35° 5.

Dans cet état de choses, l'animal restait abattu et couché par terre. Il n'y avait point d'évacuations alvines ni d'envies de vomir. Mais peu de temps après, ces évacuations se manifestèrent, la respiration devint laborieuse, l'animal parut près de mourir, et en effet la mort survint.

Voici les phénomènes dont elle s'accompagna : la lèvre inférieure était pendante ; l'animal faisait entendre un gémissement particulier ; l'angle de la gueule était agité de mouvemens convulsifs ; une des pattes était fléchie par une action spasmodique ; on trouva de la difficulté à séparer les dents, et il y avait raideur des membres. La respiration était de plus en plus profonde et laborieuse ; l'inspiration se faisait par une forte contraction du diaphragme, et l'expiration par celle des muscles abdominaux. Enfin, la respiration s'embarrassa tout-à-fait, et les mouvemens d'inspiration ne se firent plus qu'à de longs intervalles et avec efforts. Enfin, après quelques efforts pénibles d'inspirations, à des intervalles très éloignées, la respiration cessa tout-à-fait. Cependant, on entendit encore, pendant plusieurs minutes, le cœur battre avec fréquence.

L'examen cadavérique eut lieu immédiatement. Le cerveau, à l'extérieur, était décoloré. Il y avait une quantité assez considérable de fluide épanché entre la dure-mère et la pie-mère, et même dans les ventricules. Le sinus longitudinal contenait un peu de sang ; le plexus choroïde et les autres vaisseaux offraient une coloration d'un rouge vif. La substance du cerveau était pâle et ne présentait pas la moindre apparence de points rouges dans les endroits divisés par le scalpel.

Le ventricule droit du cœur était rempli de sang, d'une teinte veineuse ; le ventricule gauche, au contraire, était entièrement vide. L'aorte contenait du sang en assez grande quantité. Les poumons étaient extrêmement pâles. Un peu de fluide suintait des tubes bronchiques, quand on faisait des incisions dans sa substance. L'estomac et les intestins étaient décolorés ; le mésentère était traversé par des vaisseaux d'une couleur rouge foncée ; la rate petite, dense et plus pâle que dans l'état naturel ; la cornée de l'œil droit un peu opaque, et la conjonctive sans ulcération.

Ce chien, de très petite taille, avait perdu, en différentes fois, 56 3/4 onces de sang. Dans cette expérience, dit M. Hall, nous avons encore été frappés de l'extrême difficulté de déterminer avec exactitude la quantité de sang qu'on peut tirer sans danger pour la vie, lorsqu'on n'a pas d'indice certain qui puisse servir de guide, indice qui nous manquait dans cette circonstance. Ce guide existe pour l'homme et pour le cheval ; c'est l'effet de la position qui ne laisse aucun doute sur le résultat de la perte de sang. Les chiens, en effet, sous l'influence de la saignée, tombent toujours, et leur position devient presque horizontale ; ce qui retarde beaucoup l'apparition de la syncope. L'homme et le cheval, au contraire, conservent une position verticale, et la syncope, qui se manifeste plustôt, avertit que la quantité de sang soustraite ne doit pas être portée plus loin.

Dans la première expérience, on a pu étudier tous les symptômes de la syncope, et dans celle que nous venons de détailler, ceux de la réaction et ceux qui précèdent et accompagnent la mort. Il restait à observer les phénomènes de l'affaissement graduel ; mais les efforts que l'expérimentateur a faits pour produire cet état ont toujours été infructueux. Cependant, dit-il, les expériences précédentes fournissent plusieurs faits qui viennent confirmer quelques-uns des phénomènes que nous avions eu occasion d'observer auparavant.

Expérience III. — Le 9 novembre, un chien métis, pesant 17 livres, âgé de 2 ans, gras et d'une disposition triste et lourde, fut saigné à la veine jugulaire externe ; on tira 8 onces de sang ; à peine cette quantité s'était-elle écoulée, que l'animal commença à soupirer profondément ; il parut très abattu ; les yeux à moitié fermés, la tête pendante sur la poitrine ; en même temps, la respiration devint accélérée et laborieuse. On le suspendit alors par les pieds de devant, la tête étant tenue élevée. Au bout de deux minutes, il devint tout haletant, ouvrit la gueule et ferma les yeux à moitié ; les pupilles se dilatèrent, et la tête tomba sur la poitrine. En appliquant alors l'oreille sur la région du cœur, on ne put entendre les battemens du cœur. On tint alors l'animal suspendu par les pattes de derrière, et aussitôt les battemens du cœur se firent entendre distinctement, et les symptômes de syncope disparurent.

Ce changement de position, répété deux fois, donna les mêmes résultats, mais un peu moins marqués. Après l'expérience, l'animal resta triste et languissant, et on eut beaucoup de peine à lui faire manger du pain trempé dans du lait.

Le lendemain, on le saigna encore jusqu'à commencement de syncope ; il s'écoula dix onces de sang ; l'animal poussait de profonds soupirs à mesure que le sang sortait ; il penchait la tête ; il la laissa tomber sur la poitrine, et la respiration devint laborieuse. Quand on le suspendit par les pattes de devant, il haletait ; la respiration devint difficile ; les yeux offrirent des mouvemens convulsifs, la gueule s'ouvrit et les lèvres devinrent pendantes ; les battemens du cœur étaient perceptibles. Suspendu par les pattes de derrière, il se ranima un peu ; les battemens du cœur devinrent distincts, mais ils restèrent faibles, inégaux et intermittens. Il était alors évident que l'animal ne pouvait se rétablir. Couché sur la table, les membres et le tronc éprouvèrent des mouvemens convulsifs, la respiration se faisait avec des efforts pénibles ; les battemens du cœur restèrent toujours très perceptibles à l'oreille, pendant plusieurs minutes après la dernière inspiration.

On trouva le cerveau dans un état parfaitement naturel, ni pâle, ni coloré de sang ; les ventricules ne contenaient pas de liquide épanché. Le côté droit du cœur était rempli d'une grande quantité de sang de couleur foncée, le côté gauche était complètement vide. Les poumons, l'estomac et les intestins n'offraient pas de pâleur remarquable. Ce chien avait perdu 18 onces de sang en tout, et présenta les phénomènes remarquables de dissolution causée par le seul effet de la position.

Expérience IV. — Le 13 novembre, un chien métis, âgé de 18 mois, bien nourri, fort et gai, pesant 20 livres, fut saigné jusqu'à ce qu'il commençât à soupirer. On tira 10 onces et demie de sang qui, au bout de 24 heures, donnèrent

4 onces de sérum et 6 et demie de coagulum. Avant la saignée, la respiration était à 23, le pouls de 116 à 120, et la température de 37° 7. Pendant que le sang coulait, l'animal soupira profondément, puis devint inquiet. A ce moment, la respiration s'accéléra et devint un peu bruyante dans les narines; on observa ensuite de l'inquiétude, des efforts de résistance et quelques cris plaintifs; le sphincter de l'anus se relâcha et donna issue aux gaz de matières fécales. Le pouls était à 120, les inspirations à 46 et la température à 34° 4. On ne put lui faire manger de la viande. A 11 heures du soir, quatre heures après la saignée, l'animal paraissait parfaitement rétabli.

Le jour suivant, 14 novembre, on le saigna de nouveau à sept heures du soir, et on tira 9 onces de sang qui, au bout de 24 heures, fournit 4 onces de sérum et 5 onces de coagulum. Pendant que le sang coulait, il soupirait et faisait des efforts de résistance comme précédemment. Il devint ensuite languissant et se laissa tomber; la respiration était très difficile, et il refusait de manger de la viande. Dans la nuit, il parut tout-à-fait rétabli.

Le 15 novembre, à sept heures du soir, le chien paraissait gai, et avait manifesté un grand appétit, pendant toute la journée. Le pouls était à 156 et la température à 36° 6.

On tira encore 9 onces de sang, qui fournirent 5 onces de sérum laiteux et 4 de coagulum. Pendant que le sang coulait, l'animal commença à crier et faire des efforts pour s'échapper; ensuite il tomba et devint haletant. Après l'opération, il resta couché par terre; les matières contenues dans le rectum s'échappèrent, et il refusa de prendre de la viande. Le cœur battait avec le bruit de scie déjà indiqué. Au bout de dix minutes, il paraissait encore plus abattu; il fut alors pris subitement d'un spasme opisthotonique du cou, et de mouvemens spasmodiques des pattes de devant, et enfin il paraissait sur le point de mourir. On lui donna un peu d'alcool étendu d'eau. Peu de temps après, il commença à gémir, à crier et à aboyer; il vomit et parut soulagé. On lui administra la même potion, au bout d'une demi-heure, et il parut plus tranquille; après quelque temps, il vomit quelques portions d'os. Cependant, quelques instans après, il tomba dans un état d'affaissement; la respiration cessa, mais les pulsations du cœur étaient encore visibles entre les côtes; on les sentait et on les entendait distinctement, en appliquant l'oreille à la poitrine; le pouls resta en outre perceptible dans l'artère fémorale, pendant plusieurs minutes.

En examinant le cadavre, on trouva le cerveau un peu plus blanc que dans l'état normal; plusieurs des vaisseaux sanguins contenaient du sang d'une couleur vermeille. Le sinus longitudinal était presque vide; le plexus choroïde était un peu moins coloré que dans l'état naturel, et il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules. Le côté droit du cœur contenait une petite quantité de sang, mais il y en avait en abondance dans le côté gauche. Les poumons étaient parfaitement sains; l'estomac et les intestins un peu pâles et remplis d'alimens. On remarquait beaucoup de graisse.

Ce chien perdit 28 onces et demie de sang par les trois saignées. La proportion du sérum au caillot, dans les trois cas, était comme 4 : 6 et demie; comme 4 : 5, et comme 5 : 4.

Expérience V. — 34 novembre 1830.

Date.	Quantités.	Sérum.	Caillot.
des saignées	de sang tirées.		
24 nov. . .	12 1/2. onces.	. 4 1/2 onces. . .	8 onc.
26.	7 1/4.	3 3/4.	3 1/2
27.	9 1/2.	5 1/4.	4 1/4
	29 1/4		

Le sujet de cette expérience était un épagneul, maigre, âgé de 15 mois environ, qui pesait 19 livres; sa température était de 37° 5. La première saignée fut faite lentement. Pendant l'opération, il se laissa tomber et devint haletant. Quand on le suspendit par les pattes de devant, la tête en haut, les battemens du cœur cessèrent de se faire entendre, et il y avait une légère palpitation; mais quand on le plaça dans la position inverse, les mouvemens du cœur devinrent très distincts, et la palpitation cessa.

Le 24 novembre, le pouls était à 120, et la température à 37°. On pratiqua la seconde saignée. La respiration s'accéléra et s'accompagna de soupirs; elle s'exécutait principalement par le diaphragme. L'animal était inquiet. Le pouls tomba à 98, et s'éleva ensuite à 188. Comme le sang coulait librement, les symptômes de syncope furent plus évidens que le jour précédent.

Le lendemain, 27 novembre, le pouls était à 150, et un peu vibrant. L'impulsion du cœur était forte et bruyante, et la température à 37° 5. On fit alors la troisième saignée.

Dans le premier moment, l'animal tomba; on remarqua que la respiration était accélérée. Le pouls tomba à 88, et un peu de temps après à 72. Il y avait alors des soupirs, mais peu profonds. Peu de temps après, le pouls s'éleva à 80. Les mouvemens du cœur étaient forts. La respiration continuait à être profonde et accompagnée de soupirs. L'animal restait abattu; il y eut évacuation d'urine, mais pas de matières fécales; l'animal refusait la viande la plus délicate. Dans ces circonstances, les membres devinrent froids. On versa une tasse de lait chaud dans la gueule du chien, il ne fut pas vomi; on pratiqua des frictions sur les extrémités et sur le tronc. A onze heures du soir, trois heures après la saignée, l'animal était toujours dans un état d'extrême faiblesse; les oreilles et les pattes étaient froides; le pouls à 144, et était, ainsi que les battemens du cœur, un peu vibrant. Les inspirations étaient de 12 à 13, profondes et hautes. La température dans la gueule à 30° 5°, et à 31° 5° sous l'aisselle. L'animal chancelait beaucoup, et pouvait à peine se tenir sur ses pattes. On lui donna deux tasses de soupe chaude; on le frictionna bien pendant une heure, jusqu'à ce que les oreilles et les pattes devinssent très chaudes; on le plaça alors sur un tapis devant le feu. A une heure du matin, le pouls était un peu moins fréquent; ses pulsations, ainsi que celles du cœur, n'étaient pas tout-à-fait dépourvues de force; la respiration était profonde, thoracique, régulière; elle était très différente de celle qu'on observe dans l'état de syncope, ou légère ou grave. L'œil était clair; l'animal levait la tête de

temps en temps. Enfin, le lendemain matin, on le trouva mort.

Le cerveau était complètement décoloré. Il n'y avait pas la moindre trace de liquide entre les membranes ni dans les ventricules. Un très petit nombre de vaisseaux contenait du sang. Le plexus choroïde était pâle. La protubérance annulaire seulement offrait quelques points rouges quand on la divisait avec le scalpel. Le côté gauche du cœur contenait beaucoup de sang; mais il y en avait très-peu dans le côté droit. En incisant et en comprimant les poumons, on faisait sortir une petite quantité d'écume muqueuse des bronches divisées. L'estomac et les intestins étaient pâles. La rate était petite et compacte.

Expérience VI. — L'animal choisi pour cette expérience était un basset noir, âgé de 18 mois, et pesant deux livres et demie; la température entre les gencives et les dents était de 37°5. Les quantités de sang tirées à différentes reprises et celle du sérum et du caillot qu'il fournit sont indiquées dans le tableau suivant:

Date des saignées.	Quantités de sang.		Sérum.		Caillot.	
	onces.	*gr.*	*onces.*	*gr.*	*onces.*	*gr.*
23 nov. . .	11. . .	0. . .	4. . .	4. . .	6. . .	4
24.	3. . .	6. . .	2. . .	0. . .	1. . .	6
29.	8. . .	3. . .	4. . .	5. . .	3. . .	6
2 déc. .	5. . .	2. . .	3. . .	0. . .	2. . .	2
4.	4. . .	3. . .	2. . .	4. . .	1. . .	7
6.	5. . .	1. . .	5. . .	3. . .	1. . .	7
8.	4. . .	2. . .	2. . .	4. . .	1. . .	6
9.	5. . .	5. . .	3. . .	3. . .	2. . .	2
11.	6. . .	1. . .	4. . .	0. . .	2. . .	1
15.	8. . .	2. . .	4. . .	1. . .	2. . .	1
18.	9. . .	5. . .	7. . .	0. . .	2. . .	5
26 jours.	69. . .	6. . .				

Les résultats des quatre premières saignées furent absolument les mêmes que dans les expériences précédentes. Mais le 4 décembre, jour de la cinquième saignée, on observa que la cornée de l'œil gauche était opaque, et la conjonctive vasculaire avec augmentation de la sécrétion muqueuse; le pouls était à 132 et dur; le cœur battait avec un bruissement considérable, qu'on entendait en y appliquant l'oreille; immédiatement après la saignée, le pouls monta à 180, et de plein qu'il était, il devint petit; le battement du cœur n'offrait plus le bruissement déjà mentionné, et ses deux sons se faisaient distinctement entendre; les inspirations étaient à 15, profondes, mais sans difficulté; l'animal marchait encore assez bien; il se coucha alors, et refusa de la viande; très peu de temps après, il leva la tête et prit quelques alimens; le cœur offrit de nouveau son bruissement particulier. On maintint alors l'animal dans une position tout-à-fait droite; les battemens du cœur devinrent faibles et très fréquens.

Le 12 décembre, le pouls variait de 160 à 180; la respiration était profonde et accompagnée de soupirs; la température à 35°5. Dans la matinée du 13 décembre, le pouls était à 132 et petit; la respiration profonde, avec des soupirs, et fréquente eu égard à son caractère, c'est-à-dire qu'elle variait de 20 à 24. A huit heures du soir, le pouls était à 160 et plus plein; la température à 37°. A minuit, le pouls était à 150 sans vibrations; la respiration à 18, et très profonde; le battement du cœur se faisait sans bruit, sans palpitation, et on l'entendait seulement dans la région cardiaque, et non pas dans toute l'étendue de la poitrine, comme dans le cas de réaction; la pointe du nez était sèche et chaude, les oreilles fraîches; cependant l'œil était brillant, et l'animal avait bon appétit.

Le 15, le pouls était à 156, et il avait repris sa dureté; on entendait les battemens du cœur dans une grande étendue de la poitrine; ils étaient accompagnés de beaucoup de bruissement. Les pulsations de la carotide étaient *visibles* dans la région du cou; les inspirations à 20, sans être profondes ni suspirieuses comme auparavant; la température était à 36°. L'animal était très gai; l'œil avait repris son aspect naturel.

Après la saignée du 15, le pouls s'éleva immédiatement à 192; on arrêta l'écoulement du sang aussitôt qu'on entendit le premier soupir; le pouls et le cœur conservèrent leur vibration; l'appétit se soutint, et l'état d'abattement ne se manifesta pas.

Le 16, le cœur battait avec bruit et dans une grande étendue de la poitrine; le pouls était à 32, la maigreur était extrême; l'animal pesait alors onze livres et demie. Le 18, après une autre saignée, le pouls était 168, et il y avait grand abattement des forces et diminution de l'appétit.

On observa attentivement l'animal jusqu'à une heure du matin. Il n'était pas couché à plat; cependant sa respiration avait ce caractère particulier de profondeur accompagnée de soupirs, déjà mentionnée. Les battemens du cœur étaient à 144, sans vibration, et limités à la région cardiaque. Les oreilles et la gueule étaient froides, et le nez sec; il y avait un mouvement spasmodique des oreilles et de l'une des pattes. Il était impossible de faire prendre aucune nourriture à l'animal; mais il avala un peu d'eau et de potage qu'on lui versa dans la gueule.

A cette époque, on tint l'animal dans la position droite. On observa très peu de changemens. Le cœur battait comme auparavant; cependant, au bout de dix minutes, le chien commença à souffrir de la fatigue, et alors on le coucha sur du foin doux. Le pouls tomba de 129 à 108, et ne reprit ni sa fréquence ni sa dureté première. On trouva l'animal mort le lendemain matin.

En examinant le cadavre, on remarqua que le cerveau était décoloré, mais qu'il n'y avait point d'épanchement; on apercevait quelques points rouges sur les surfaces divisées par le scalpel. Il y avait un peu d'emphysème au sommet des poumons, dont une portion était compacte et comme hépatisée. En incisant ces organes, il s'écoulait une grande quantité de liquide; et en examinant minutieusement les bronches, on y trouva beaucoup de fluide écumeux. L'estomac et les intestins étaient pâles sans être distendus. La rate était petite.

Expérience VII. — Le sujet de cette expérience fut un basset blanc, âgé de 15 mois et pesant 10 livres et demie; sa température était de 37°. Les quantités de sang tirées

à différentes reprises sont indiquées dans la table suivante :

Date des saignées.	Quantité de sang.		Sérum.		Caillot
	onces.	gr.	onces.	gr.	
Le 30 nov.	5.	4.	1.	3	
1er déc.	7.	2.	2.	2	
3.	3.	3.	2.	1	
4.	2.	4.	1.	6	
6.	3.	2.	1.	6	
8.	3. (1)				
9.	4.	4.	2.	4	
11.	3.	4.	2.	0	
15.	5.	4.	3.	0.	
16.	5.	0.	5.	4	
18.	4.	6.	2.	1	
19 jours	48.	1			

On n'observa rien de remarquable dans l'état de cet animal, jusqu'au 4 décembre, époque à laquelle les symptômes de réaction s'étaient tout-à-fait établis ; le pouls était à 160 et vibrant ; le cœur battait avec force et avec un bruit qui s'entendait dans plusieurs points de la poitrine ; les yeux étaient clairs ; pendant que le sang coulait, la respiration fut d'abord accompagnée de soupirs et devint ensuite diaphragmatique ; les mouvemens du cœur perdirent de leur force ; le bruit et les battemens diffus cessèrent ; les yeux devinrent languissans ; cependant l'animal prenait des alimens.

Le 10, le pouls était à 180, et le bruit du cœur vraiment extraordinaire. Après la saignée, le pouls descendit à 144, et un peu plus tard, à 120 ; l'animal soupirait profondément.

Le 11, le pouls s'était élevé de nouveau à 180 ; la temrature était de 37°, 4. On remarqua pour la première fois dans ces expériences, que le coagulum était couvert d'une légère couche de couenne qui s'étendait au delà de ses bords, de sorte qu'il en était environné.

Le 13, à minuit, le pouls était à 130, sans presque aucune vibration ; la respiration était à 18, profonde et accompagnée de soupirs ; il y avait de légers gémissemens ; les battemens du cœur, qui avaient été diffus, devinrent limités à la région cardiaque, mais ils étaient accompagnés de bruit ; la pointe du nez était sèche et chaude, et les oreilles un peu fraîches ; l'animal paraissait triste et languissant ; il cherchait le repos ; cependant l'œil était brillant, et l'appétit se maintenait.

Le 15 décembre, l'animal était parfaitement rétabli ; le pouls était à 160 et battait avec force ; les mouvemens du cœur étaient accompagnés de beaucoup de bruit, et leur impulsion se faisait entendre sur une large surface de la poitrine ; les pulsations de l'artère carotide étaient visibles au cou ; la respiration était à 24 ; l'expiration haute, et la température à 37°, 4 ; l'animal était gai, avait les yeux clairs ; le nez humide et frais ; les oreilles fraîches et les poils hérissés ; la maigreur était à son plus haut degré. Après une autre saignée, le pouls n'était plus qu'à 144 ; il y avait des soupirs légers ; cependant l'animal ne refusait pas de prendre de la nourriture.

Le 16, le pouls s'abaissa de 172 à 144 ; les inspirations se réduisirent de 24 à 12, dans la minute ; l'animal pesait alors 9 livres et demie.

Le 18, avant la saignée, le pouls était à 180, et à 128 après ; les inspirations tombèrent de 18 à 12 ; elles étaient pleines et lentes.

A minuit, le chien continuait toujours à refuser de prendre de la nourriture ; le pouls était à 144 et petit ; les battemens du cœur n'étaient ni vibrans, ni diffus ; la respiration était profonde, se faisait entendre dans les narines, et s'accompagnait d'un léger gémissement ; les oreilles et l'intérieur de la gueule étaient froids ; l'animal restait couché sur le ventre. On le trouva mort le lendemain matin.

En ouvrant le cadavre, on trouva le cerveau décoloré, mais sans être pointillé de rouge et sans aucune lésion ; les poumons étaient légèrement, mais distinctement emphysémateux, et en y faisant de larges incisions, on donnait issue à une petite quantité de sérosité ; il y avait beaucoup de mucus mêlé d'écume dans les bronches. L'estomac et les intestins étaient pâles, sans être distendus. La rate était petite.

(1) Cette portion de sang fut envoyée à M. Prout (sans être touchée) pour qu'il l'examinât

---

Ulcérations syphilitiques de l'avant-bras ; observ. ;

Par M. GRATES,

Médecin de l'hôpital de Meath, comté de Dublin.

Une homme se présenta à hôpital pour y être traité d'une maladie d'un caratère si singulier, qu'au premier abord, on avait peine à dire quelle était sa nature. Voici les symptômes principaux que présentait cette affection : le malade paraissait très affaibli ; il n'avait eu depuis treize ans aucune atteinte de maladie vénérienne. Cependant deux ans avant son entrée à l'hôpital, il avait été soumis à un traitement mercuriel, pour une maladie du foie dont l'auteur n'indique pas la nature. L'usage du mercure détermina un ptyalisme excessif ; depuis ce temps, le malade n'avait jamais recouvré une santé parfaite, et il était tombé dans un état de marasme. Dans les premiers temps de la maladie dont il est actuellement atteint et que nous allons décrire, elle se manifesta par deux ou trois tumeurs formées sous les tégumens, en plusieurs endroits du corps. Ces tumeurs avaient leurs périodes d'apparition, d'accroissement et de maturation. Arrivées à cette dernière période, elles disparaissaient graduellement et étaient remplacées par d'autres du même genre. D'abord les tumeurs d'une consistance assez solide étaient mobiles sous les tégumens, sans aucune adhérence avec le tissu cellulaire ; elles persistaient dans cet état jusqu'à ce qu'elles eussent acquis le volume d'un marron ou d'une petite pomme ; alors elles changeaient de forme et s'aplatissaient par la compression des parties voisines, particulièrement des os, et offraient une grande inégalité à leur surface. Ce changement à l'extérieur était accompagné d'une altération de la structure intime, et bientôt on observait, au centre de la tumeur,

une mollesse avec fluctuation ; la portion solide diminuait à mesure que le liquide s'accumulait, et au bout de quelque temps, la totalité de la substance se tranformait en une masse de liquide puriforme. En même temps, la peau qui les recouvrait, s'enflammait, adhérait aux tumeurs, et enfin s'ulcérait. Cependant l'évacuation du pus n'amenait pas, comme dans les cas d'abcès ordinaires, la prompte cicatrisation des bords de l'ouverture de la peau ; au contraire, la tumeur, détruite par la suppuration, laissait à sa place une ulcération à surface irritable, couverte de granulations fongueuses et fournissant un liquide puriforme de mauvaise nature. Quoique l'irritabilité de la surface de l'ulcère fût très grande, les tégumens qui l'avoisinaient n'étaient que peu enflammés ; mais les bords de la plaie se creusaient, et l'ulcération finissait par détruire entièrement la substance primitive de la tumeur. Arrivée à cette période, la maladie n'allait pas plus loin ; la destruction paraissait se borner à l'endroit où la tumeur avait d'abord pris naissance et aux tissus qui l'enveloppaient immédiatement. Alors commençait la cicatrisation. Elle se montrait d'abord dans un seul point de l'ulcère et donnait lieu à une cicatrice assez remarquable ; d'abord la cicatrice était circulaire et lisse ; mais à mesure qu'elle s'augmentait, elle prenait une forme irrégulière et sa surface se couvrait de rides. Le tégument de nouvelle formation était parsemé de portions blanches mêlées de points rougeâtres. Ce mode de cicatrisation paraît être le caractère pathognomonique de cette singulière maladie.

Les circonstances qui frappent le plus dans cette affection sont le long temps qui s'écoule depuis son apparition jusqu'à la maturité des tumeurs, qui n'a lieu quelquefois que le huitième, douzième et même quinzième mois, et l'intensité de la douleur qui se fait sentir quelque temps après le début ; cette douleur est d'abord bornée à la tumeur ; la compression des parties voisines ne produit aucune sensation douloureuse, et les tégumens environnans ne sont ni sensibles ni enflammés. Le point où cette maladie se montre de préférence est le voisinage des os. Chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, M. Graves a trouvé, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, une ulcération ouverte à la partie externe de l'avant-bras, près du cubitus. Il existait aussi plusieurs cicatrices sur les extrémités supérieures et inférieures et sur le tronc, mais toutes se voyaient dans le voisinage des os. On remarquait des cicatrices du même genre le long de la colonne vertébrale, près des apophyses épineuses, et enfin une autre sur l'épaule, près du scapulum. Cependant il y avait une tumeur à l'extérieur de la cuisse, qui n'était point en contact avec l'os, mais bien avec l'aponévrose *fascia lata*. D'après la situation de cette dernière, on aurait pu l'attribuer à des *nodus* du *facia lata ;* mais cette supposition tombe d'elle-même quand on fait attention que la tumeur (comme dans le cas dont il s'agit) glissait sur la surface de l'aponévrose, et ne présentait pas d'adhérences avec elle, du moins dans son point d'origine, bien qu'il en existât quelques légères vers son point de terminaison.

Il ne faut donc pas considérer cette maladie comme une affection ni des os ni du fascia lata. On ne peut arriver à son vrai diagnostic qu'en remontant aux circonstances commémoratives, et en se convainquant, par l'observation directe, de son développement isolé dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Graves pense que l'existence de ces tumeurs doit être attribuée à une action morbide autre que l'inflammation. On ne peut pas non plus, continue l'auteur, prouver que ce soit des abcès chroniques, quoique ces tumeurs aient quelques points de ressemblance avec les abcès chroniques ou scrofuleux, appelés abcès froids ; mais elles se distinguent de ces derniers en ce qu'il n'y a point de formation de matière dès le commencement. Elles en diffèrent aussi par leur mode de cicatrisation et par la cicatrice qui en résulte. De plus, si l'on examine l'état de santé des malades atteints de cette affection, on trouve qu'elle ne se manifeste guère que chez les personnes dont la constitution a été détériorée par l'action du mercure pris en excès.

Si, après deux ou trois mois d'existence, on ouvre une de ces tumeurs, l'incision ne donne issue à aucune matière purulente ; mais elle est suivie d'un écoulement de sang assez considérable. Ces incisions sont souvent nécessitées par la douleur extrême que causent ces tumeurs. L'expérience paraît prouver que cette maladie peut être arrêtée dans sa marche par des incisions faites dès l'apparition des tumeurs. Du moment qu'on les aperçoit, et lorsqu'elles ont contracté des adhérences avec les parties voisines, l'indication est de les inciser sur-le-champ ; du moins il ne pourrait y avoir aucun inconvénient dans ce procédé ; car ces tumeurs sont entièrement isolées et recouvertes par une peau saine. Quant au traitement, si on ne trouve dans les ouvrages médicaux que très peu de lumières sur ce point, il ne faut pas perdre de vue l'état particulier du malade résultant de l'usage du mercure ; de là en effet dépend le seul mode de traitement rationnel ; on conseille au malade une nourriture légère et adoucissante, et, s'il est possible, l'air de la campagne. On a aussi tiré beaucoup d'avantages de la décoction concentrée de salsepareille administrée régulièrement. L'acide nitrique étendu d'eau, et administré à hautes doses, exerce, suivant M. Graves, une action spécifique sur cette maladie.

D'autres médicamens, tels que l'arsenic, dont on a fait usage dans les cas ci-dessus indiqués, et le quinquina, produisent un effet avantageux, et paraissent hâter la guérison. A ce mode de traitement il est bon d'ajouter (d'après le docteur Kirby) le mercure lui-même, mais comme altérant et à très faibles doses ; on a remarqué qu'administré de cette manière, il produit de très bons effets. Cependant il ne faut jamais le prescrire dans cette maladie que lorsque le malade a repris ses forces par l'usage des moyens déjà indiqués. La préparation mercurielle qu'on a donnée avec le plus grand avantage, est le *sirop végétal de Velnos*. Le traitement local des ulcérations est fort simple ; il n'y a pas nécessité d'appliquer des sangsues sur la peau qui les avoisine ; la surface de l'ulcère seule doit fixer l'attention du chirurgien. On le saupoudre avec l'oxide rouge de mercure ou l'on applique la lotion noire (*black wash* (1)), ou un cataplasme de carotte qui hâte beaucoup la guérison. Il n'est pas non plus nécessaire d'appliquer de sangsues ni de vésicatoires sur les tumeurs, avant leur maturité, car ces moyens ne les empêchent pas de parcourir leurs différentes périodes.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

AOUT 1833.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Revue des travaux de la Clinique chirurgicale de Montpellier, pour l'année 1832 (service de M. le professeur LALLEMANT);

Par M. EUGÈNE BERMOND, chef de clinique de la Faculté (1er fascicule).

(DEUXIÈME ET DERNIER ARTICLE.)

IVe OBSERVATION.

Maladies de plusieurs articulations ginglymoïdes.— Cachexie.— Amputation de la cuisse.—Mort. — Autopsie.—Méningite.—Tubercule dans la plèvre.

N***, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, contracta à divers intervalles plusieurs maladies vénériennes qui, sous l'influence de traitemens mal dirigés, infectèrent toute l'économie. Lorsqu'il entra à l'hôpital St-Eloi, en novembre 1832, sa constitution était profondément altérée. Les deux articulations radio-carpiennes et le genou droit étaient devenus le siége de périostoses et de collections purulentes qui, après avoir été vidées, soit spontanément, soit à l'aide de l'instrument tranchant, fournissaient encore du pus fétide par des ouvertures fistuleuses. La pâleur, la peau terreuse de cet homme, la petitesse de son pouls, tout annonçait la cachexie la plus complète. Les mercuriaux et l'oxide d'or furent administrés sans aucun résultat avantageux: l'état du malade allait au contraire en empirant.

Le 23 décembre suivant, M. Lallemand, en faisant exécuter au genou droit des mouvemens de flexion et d'extension, entendit une crépitation qui indiquait une érosion des cartilages de revêtement des surfaces articulaires du fémur et du tibia. Dès-lors l'amputation fut résolue.

24. L'amputation de la cuisse est pratiquée et ne présente aucune circonstance digne d'une mention particulière. Les lèvres de la solution de continuité sont rapprochées par des points de suture (diète, potion calmante).

25. Le malade est dans une tranquillité parfaite. Débarrassé d'un membre qui était le siége de douleurs aiguës, il a retrouvé le sommeil dont il ne jouissait plus depuis longtemps.

26. Aucune réaction fébrile; appétence.

27. Les articulations des poignets sont plus douloureuses qu'à l'ordinaire; soif vive. Les pièces de l'appareil sont baignées d'une sérosité sanguinolente (2 soupes).

28. Première levée de l'appareil. La plaie est déjà cicatrisée dans une portion de son étendue; il s'en échappe une très petite quantité de pus à travers les intervalles de quelques points de suture (potion avec 1 once sirop diacode et 1 once sirop de quinquina).

30. La réunion des bords de la plaie est presque entièrement achevée; les points de suture sont coupés et enlevés. Rien ne sembleralt à désirer, si un gonflement inflammatoire n'était survenu dans le poignet droit, en même temps qu'une escarrhe s'est formée au grand trochanter du même côté (cataplasme sur l'articulation douloureuse.)

6 janvier 1833. De la toux, de l'hébétude, peu de sommeil; voilà ce qu'a présenté depuis le premier de ce mois notre malade. Aujourd'hui rêvasseries par intervalles.

11. Le poignet droit est toujours tuméfié et douloureux. Délire fugace.

12. Au matin, délire comateux; pouls misérable. Mort à midi.

Autopsie le 13 janvier 1833.

Crâne.—Injection considérable de l'arachnoïde; sérosité trouble dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, formant des masses à aspect gélatineux qui se vident complètement lorsqu'on les pique dans un point. La pie-mère est injectée.

Épanchement considérable de sérosité dans les ven-

tricules du cerveau; le canal rachidien en est rempli, comme on peut s'en assurer en soulevant le cadavre par les pieds.

Poitrine. — La trachée et les bronches contiennent beaucoup de mucosités remplies d'air.

Dans le tiers inférieur de la cavité du sac pleural gauche existe une collection de matière tuberculeuse moitié solide, moitié liquide, ressemblant pour la consistance au plâtre gâché, dont elle diffère d'ailleurs par sa couleur jaunâtre : c'est *comme* du pus qui aurait perdu sa liquidité par l'absorption de ses parties les plus ténues. La plèvre costale, adhérente dans sa partie antérieure et supérieure, circonscrivait la collection signalée.

On observe disséminés çà et là dans les poumons plusieurs tubercules consistant en des amas de matière blanche ou jaunâtre, d'une densité plus ou moins grande : un d'entre eux ayant passé à l'état crétacé, avait acquis une dureté pierreuse.

Articulations. — Dans les deux articulations radiocarpiennes, la partie articulaire des deux os radius et cubitus est rongée, à sa surface, d'une densité *éburnée* d'autant plus remarquable qu'elle se rencontre ici dans un tissu spongieux. En frappant sur ce dernier avec un instrument d'argent, on obtient le même son que si l'on percutait le rocher du temporal. Cette altération n'est pas une carie, puisque dans cette dernière il y a ramollissement; on ne peut pas l'assimiler non plus à la nécrose, puisque dans celle-ci l'os mortifié conserve sa forme, et se sépare des parties vivantes par un cercle inflammatoire. Il arrive donc pour les os ce qui arrive pour les autres tissus : ils peuvent acquérir, sous l'influence des vices généraux, des formes particulières d'altérations qui ne ressemblent qu'à elles-mêmes.

Réflexions générales.

Les observations qu'on vient de lire ne sont pas sans intérêt pour l'étude de la formation des tubercules. D'autres faits non moins instructifs auraient pu prendre place à côté d'elles. Disons toutefois que l'utilité de ces derniers n'aurait pas compensé l'inconvénient de donner une étendue trop grande à ce travail, puisque d'ailleurs nous pouvons leur emprunter ce qui a trait à l'histoire anatomo-pathologique du tubercule, dans le résumé suivant de ce que nous avons observé de relatif à cette formation morbide.

En examinant certains poumons, nous avons trouvé disséminées à leur surface des taches purpurines, arrondies, correspondant à des noyaux d'engorgemens sanguins dont le volume offrait tous les intermédiaires entre celui d'un pois, ou même d'une lentille, et celui d'une noix. Ce premier degré de l'inflammation aiguë et circonscrite du poumon est décrit avec détail dans l'observation, n° 3.

A côté de ces petits phlegmons, d'autres fois en leur absence, nous avons distingué au centre d'une infiltration rouge des points jaunes ou blanchâtres. Cette partie centrale consistait en une gouttelette de pus qu'on pouvait déloger facilement du godet où elle était déposée; mais il n'était pas rare de la voir adhérer avec quelque ténacité au tissu qui la contenait. On assistait ainsi au moment où la suppuration s'établissait dans le point central, premier endroit qui devait suppurer, parce qu'il avait été le premier enflammé (*voyez* encore l'observation n° 3).

En d'autres endroits, où l'inflammation était plus avancée, on rencontrait du pus liquide en plus grande quantité, et sous deux apparences différentes. Ici, il était infiltré; là, il était réuni en un petit foyer. Dans le premier cas, emprisonné dans des cellules séparées, on le voyait sourdre, sous forme de gouttelettes de rosée, à la couleur près, à la surface des deux tranches obtenues par l'incision de la masse globuleuse et hépatisée du tissu pulmonaire correspondant (hépatisation grise) : la pression latérale était souvent nécessaire pour faire sortir le pus des cellules; d'autres fois, on le voyait s'en échapper aussitôt que la lame du scalpel avait opéré la section. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'on rencontrait du pus réuni en petit foyer, une incision déterminait à l'instant même son évacuation complète.

Souvent une matière consistante, d'un jaune orangé ou blanchâtre, avait pris la place, dans les tumeurs en question, du pus infiltré ou réuni en foyer. Ailleurs, l'épaississement de cette matière s'était tellement accru qu'elle était devenu semblable à du plâtre desséché, à de la craie. Criant sous le scalpel, elle ne pouvait être énuclée qu'en bloc du tissu qui la recélait.

D'autres fois des excavations creusées dans le poumon contenaient à la fois une matière condensée et résistante, et un autre fluide. Autour d'elles existaient toujours des points jaunâtres en plus ou moins grand nombre.

Enfin, dans plusieurs circonstances, la matière tuberculeuse était environnée d'une poche membraneuse, d'un véritable kyste.

Les diverses nuances qui viennent d'être mentionnées ne s'observaient guère isolées; le plus souvent elles coexistaient en grande partie dans le même organe. Il n'était pas rare de les trouver toutes ensemble, l'une à côté de l'autre, et de pouvoir ainsi examiner leurs transitions.

Les mêmes remarques s'appliquent, à peu de chose près, à ce que nous avons observé pour les tubercules du foie et des vertèbres. Les variétés de texture rendaient compte de tout ce qui n'était pas exactement analogue.

Ajoutons que tous les individus chez lesquels nous avons trouvé à l'autopsie les altérations décrites ont présenté, sans exception, des circontances qu'il serait peu convenable de négliger. Le plus grand nombre portait tous les attributs du tempérament lymphatique ou scrofuleux. Ceux dont la charpente osseuse et les autres caractères physiques indiquaient qu'ils avaient reçu en naissant une organisation vigoureuse, avaient été détériorés par des causes débilitantes qui avaient longtemps exercé sur eux leur influence (séjour dans les hôpitaux et les prisons, suppurations abondantes et de longue durée, mauvaise alimentation, etc.).

Pour expliquer maintenant la pathogénie du tubercule, il n'y a qu'à traduire en quelque sorte la série des faits précités.

Nous voyons d'abord une inflammation peu étendue, circonscrite, bien différente par conséquent de celle qui envahit chez un sujet sanguin une grande étendue d'organe. C'est la différence des états de l'organisme qui explique celle de l'intensité de la phlogose produite par une même cause.

soumis à l'action de cette dernière, le poumon d'un individu pléthorique s'infiltrera de sang ou de pus depuis la base jusqu'au sommet; pendant que chez un sujet lymphatique, il ne se manifestera à cette même occasion que des pneumonies partielles, bornées à un petit espace, et ne produisant que des symptômes peu prononcés, des rhumes, des crachats avec quelques stries de sang, etc.

Dans ces inflammations disséminées du poumon dont la résolution est rare, parce qu'il manque pour cela une réaction suffisante, une sécrétion purulente vient à se former. Chaque molécule de pus est séparée de sa voisine par une cloison membraneuse formée par le tissu cellulaire de l'organe : une hépatisation jaune, circonscrite, a succédé à l'hépatisation rouge. Quelquefois les parois des cellules, ramollies par la phlogose, se déchirent, et le pus, qui était disséminé dans un certain nombre d'aréoles, se trouve réuni dans une seule cavité : un abcès unique a remplacé quatre, six, huit petits abcès. La substance du poumon se trouvant richement pourvue de tissu cellulaire trouve dans cette organisation une grande facilité à se laisser distendre; aussi l'action mécanique du pus, qui opère cette distension des aréoles, est-elle à peu près nulle pour aider à leur rupture et à la formation d'un foyer. Cette structure anatomique est ici rappelée, parce qu'elle rend compte à la fois et de la rareté des vomiques et de la disposition très grande du poumon aux tubercules.

La matière purulente, infiltrée ou réunie en foyer, se condense de plus en plus par l'effet de l'absorption naissante à laquelle elle est soumise, et qui s'exerce d'abord sur ses parties les plus ténues : elle se transforme peu à peu en une masse compacte ressemblant à du fromage mou, au mastic dont se servent les vitriers; c'est là ce qu'on appelle le tubercule à l'*état cru*.

Parvenu alors à la *deuxième période*, le tubercule reste plus ou moins longtemps stationnaire, mais il subit tôt ou tard une des deux terminaisons suivantes : ou il devient une masse calcaire à peu près innocente pour l'économie, ou bien une nouvelle inflammation s'en empare et en détermine la fonte.

Dans le premier cas, la matière tuberculeuse, qui n'est autre chose que le pus dépouillé par les vaisseaux lymphatiques de ce qu'il leur est plus facile de soustraire, c'est-à-dire de la sérosité, devient peu à peu semblable à du plâtre desséché, par l'action continuée de la même absorption dont le dernier terme est de réduire le pus aux sels calcaires qui entrent dans sa composition. Or, c'est ce résidu pierreux, crayeux, réfractaire à l'absorption, qui constitue le tubercule dit *crétacé*. Les analyses chimiques de M. Thénard ont fait voir précisément que le tubercule qui, à l'état de crudité, donne, sur 100 parties, 98 p. de matière animale, pendant que le reste consiste en phosphate et carbonate de chaux, muriate de soude et oxide de fer, fournit, à l'état crétacé, des proportions inverses. Le tubercule, ainsi arrivé à une consistance pierreuse, ne saurait être confondu avec le tissu osseux : il a moins de dureté que ce dernier, il s'écrase facilement par la simple pression des doigts. Lorsqu'on soumet le tissu osseux à l'action des acides, le phosphate de chaux est éliminé, et il ne reste plus qu'une base, une gangue animale, qui, analysée elle-même, fournira de la gélatine, etc. Or cette base, ce réseau animal ne se rencontre pas dans les tubercules crétacés. Il n'est pas inutile d'insister sur ces caractères opposés, parce qu'on a confondu les granulations miliaires, demi-transparentes, cartilagineuses, formées d'une substance gélatino-albumineuse, avec les vrais tubercules, bien qu'il existe entre ces deux produits une différence bien tranchée. La terminaison des granulations miliaires n'est, et ne peut être, que l'ossification, jamais la suppuration et la phthisie. Les tubercules crétacés, au contraire, qui sont très probablement l'altération élevée par Bayle au rang d'une maladie séparée, sous le nom de *phthisie calculeuse*, ne sont pas susceptibles de s'enflammer.

La seconde terminaison, c'est-à-dire le *ramollissement des tubercules*, est malheureusement bien plus fréquente que la précédente. Elle constitue la *troisième période*. Nous nous sommes arrêtés au point où le tubercule n'est autre chose que du pus concrété dans les mailles du tissu aréolaire : c'est alors une substance inerte, faisant l'office d'un corps étranger, en ce sens qu'elle gêne par sa présence les fonctions de l'organe, mais différant de ce corps étranger, comme serait une balle, par exemple, en ce qu'elle participe en quelque sorte à la vie, au moyen des vaisseaux qui parcourent la gangue cellulaire où elle est contenue. Vienne une nouvelle inflammation de l'organe, elle s'établira le plus souvent et de préférence dans la trame vivante qui enveloppe la matière tuberculeuse déjà existante, et qui a subi déjà une fois l'épreuve inflammatoire. Ce n'est pas le pus qui s'enflamme, mais bien au contraire la trame cellulaire : elle seule, en effet, jouit de la vie et reçoit des parties voisines des vaisseaux sanguins : on peut voir ces derniers, au moment de cette inflammation, former une atmosphère injectée entre le tubercule et le tissu de l'organe. Le pus ancien ne se trouvant plus emprisonné dans le réseau parenchymateux, et ramolli par la phlogose nouvelle, se mêle au pus liquide fourni par celle-ci : le premier offre alors des débris solides, caséeux, tenus en suspension dans le second. Ainsi fondu, le tubercule n'est plus susceptible de faire partie de l'organisme, de se combiner de nouveau avec les tissus environnans, puisqu'il ne reste plus rien de ce réseau cellulaire qui l'associait pour ainsi dire à la vie de ces derniers : il devient une substance offensante qui doit être nécessairement expulsée.

Le plus souvent, en même temps qu'un tubercule tombe en déliquescence, la substance pulmonaire qui l'environne s'infiltre de pus, et il se forme de nouveaux tubercules. L'identité des caractères de l'inflammation récente et de l'ancienne explique très bien celle de leurs résultats. Dans le groupe des tubercules miliaires qui s'observent alors autour des tubercules fondans, ceux qui sont les plus voisins du point central peuvent à leur tour se confondre avec lui : des cavernes considérables se forment quelquefois par suite de cette marche successive.

Le caractère destructeur de l'inflammation qui préside à la fonte tuberculeuse, est une conséquence de la loi en vertu de laquelle tous les tissus accidentels, formés par des matériaux sans analogues dans l'organisme, se détruisent par l'inflammation. Dans le tubercule, de même que dans le cancer, on voit d'abord les produits liquides de la phlogose s'é-

pancher, plus tard se condenser et finir par faire corps avec le tissu cellulaire de la partie. Les aréoles de ce tissu vivifient en quelque sorte les matières insolites qu'elles contiennent; mais, tout en participant à la vie, ces aréoles ne jouissent plus de toutes leurs conditions physiologiques. Étouffées, si l'on peut s'exprimer ainsi, par les produits qu'elles contiennent, elles ne sont plus aptes à subir les effets ordinaires de l'acte inflammatoire : lorsque celui-ci surgira, sa marche ne saura être franche, et son terme obligé sera la destruction des tissus. Que si, au contraire, les tissus de nouvelle formation ne sont que des répétitions des tissus normaux de l'économie, ils éprouveront, sous l'influence de la phlogose, des effets absolument semblables à ceux que l'on remarque en pareille circonstance dans ces mêmes tissus normaux. Cette autre loi d'anatomie pathologique explique pourquoi les granulations miliaires, demi-transparentes, etc., deviennent successivement fibro-cartilagineuses, cartilagineuses, et enfin osseuses.

Les kystes dans lesquels sont renfermés quelquefois les tubercules ne se forment pas par un mécanisme différent de celui des abcès ordinaires. Nous avons vu qu'aux gouttelettes de pus disséminées dans les mailles du tissu cellulaire peuvent succéder des collections produites par le ramollissement et la rupture des cloisons membraneuses. Il se fait alors un refoulement, une condensation des parois qui circonscrivent la cavité unique par suite de l'augmentation de la quantité de pus qu'elle contient. Bientôt les parois de cette cavité se tapissent d'un tissu floconneux, tomenteux, qui s'organise en membrane, en kyste. Chez un sujet, dont l'observation porte le n° 8 dans mon recueil, le foie nous présenta, à l'autopsie, un tubercule du volume d'une noisette, ayant la consistance du mastic de vitrier, et renfermé dans un kyste de la circonférence duquel partaient des prolongemens caudaux et sinueux remplis de la même matière. Après avoir enlevé celle-ci, on distinguait nettement le revêtement fibreux. Dans cette circonstance, il paraissait évident que les choses s'étaient passées de la manière suivante : le pus infiltré dans le tissu de l'organe s'était déjà réuni en un foyer commun dans la partie centrale où avait commencé l'inflammation. De petits abcès de date postérieure s'étaient développés en s'écartant successivement de ce point de départ. Or, il est venu un moment où l'inflammation s'est arrêtée : un kyste s'est trouvé formé à l'endroit où la réunion des petits foyers en un seul a eu le temps de s'effectuer, tandis que ceux qui s'étendaient plus au loin n'on pu réaliser la même fusion avec leurs voisins, et ont gardé la disposition qu'il avaient au moment où leur marche progressive vers les lignes d'abcès adjacentes a été brusquement interrompue.

En jetant les yeux sur les tubercules des autres tissus de l'économie quels qu'ils soient, on les voit suivre le même ordre de développement que celui qui vient d'être tracé. Détailler les observations d'anatomie pathologique qui prouvent la vérité de cette assertion serait une tâche qui dépasserait les bornes d'un article de journal.

Le raisonnement nous oblige déjà à admettre que le liquide sécrété dans un point enflammé, et devenant plus tard de la matière tuberculeuse ne peut être autre chose que du pus. Voyons si l'analyse chimique confirmera cette identité de nature entre les deux substances, supposée d'avance par la conformité de leurs caractères physiques.

Le pus récemment sorti d'un phlegmon, mis en contact avec de l'acide sulfurique, se dissout et forme un liquide transparent, de couleur purpurine : en ajoutant de l'eau, on obtient un précipité qui présente tous les caractères du pus. Traité de nouveau par l'acide, il se comporte de la même manière que précédemment, et se précipite encore par l'addition de l'eau : les mêmes phénomènes s'observent successivement autant de fois qu'on veut les reproduire. Le même précipité, soumis plusieurs fois à l'ébullition, ne perdra aucun des caractères du pus. Seulement, à chaque ébullition, une portion du liquide viendra à se troubler : ce qui parait dépendre de la décomposition de certains matériaux qui sont unis au pus. Celui-ci, en effet, ne forme pas un tout parfaitement homogène. Il est composé, d'après Schwilgué, d'albumine à un état particulier, de matière extractive, d'une matière qui se rapproche beaucoup de l'adipocire, de soude, de muriate de soude, de phosphate de chaux et autres sels. La nature de la matière extractive est encore mal connue : c'est, d'après la plupart des chimistes, un mélange d'albumine et de fibrine avec prédominance de la première.

Voici maintenant ce qui a été observé par MM. Lallemand et Bérard dans plusieurs analyses qu'ils ont faites de la matière tuberculeuse.

Malaxez de la matière tuberculeuse avec de l'eau, vous aurez un mélange trouble, qui, pressé dans un linge, se sépare en deux parties distinctes : l'une, qui reste dans le nouet, s'y dessèche, et a tous les caractères d'une matière animale, contenant de la fibrine, de l'albumine; l'autre, qui se tamise à travers le linge, a toutes les apparences du pus : c'est un liquide visqueux, de couleur jaunâtre, laissant, après la décantation, un dépôt qui, traité par l'acide sulfurique, se dissout en offrant une couleur cramoisie et se précipite par l'addition de l'eau. Le même dépôt, soumis aux épreuves de ce genre multipliées à volonté, donnera invariablement des résultats semblables, et subira en outre des ébullitions répétées sans perdre aucun de ses caractères : ce sera toujours du pus. Le professeur Lallemand s'étant servi un jour, dans ces expériences chimiques, de tubercules qu'il avait tenus conservés pendant dix ans dans l'alcool concentré, s'avisa de mettre sous le nez le dépôt purulent au moment où il l'exposait pour la cinquième ou sixième fois au contact de l'acide sulfurique, après un même nombre d'ébullitions. Il fut frappé de l'odeur douceâtre, nauséabonde, particulière au pus sortant d'un phlegmon, que développa dans cet instant l'action de l'acide.

La matière animale, qui, d'après l'analyse de M. Thénard, entre pour 98 parties sur 100 dans la composition du tubercule cru, n'est autre chose, d'après M. Lallemand, que la gangue où est déposé le pus concret, et celui-ci doit en être dépouillé si on veut le mettre en contact immédiat avec les réactifs chimiques. C'est cette matière gélatino-albumineuse qui est la seule susceptible de se transformer en couenne, en fausse membrane, et de former des adhérences. Or, si cette matière se trouve à l'état cloisonné, feutré, emprisonnant la matière tuberculeuse dans ses aréoles, on est en droit de conclure que le tubercule résulte de la con-

densation de ces deux matières hétérologues. Cette condensation se fait 1° par absorption de la matière aqueuse; 2° par influence nerveuse.

L'identité qui résulte des expériences mentionnées entre le pus et la matière tuberculeuse n'est, dit-on, qu'apparente, et ne provient que de l'imperfection de nos moyens d'investigation. Cette proposition peut être vraie; mais, jusqu'à ce que des faits lui donnent quelque autorité, mettons à profit l'instruction fournie par nos ressources actuelles, au lieu de la récuser ou de la réfuter au moyen de prédictions purement gratuites.

De tout ce qui précède ressort évidemment l'origine inflammatoire du tubercule. Mais ce serait s'écarter étrangement de la vérité que de prétendre que l'inflammation produit le tubercule, abstraction faite des modes d'organisme. Cette étiologie incomplète serait défendue avec peine contre une foule d'argumens qui lui ont été opposés avec un avantage qu'ils perdent tout-à-fait, si on les dirige contre l'étiologie exposée ici. C'est pour cela que j'ai déjà eu le soin de noter que le travail phlogistique qui précède la tuberculisation emprunte ce qu'il a de spécial dans sa marche, son intensité, ses terminaisons, aux tempéramens lymphatiques plus ou moins exagérés, innés ou acquis des individus.

Ces deux ordres de causes ont une influence si manifeste sur le développement du tubercule, que certains auteurs leur ont attribué isolément assez d'efficacité pour y suffire. Il eût été plus conforme à l'observation de reconnaître la nécessité de leur action simultanée. Qu'apprend en effet l'observation, en prenant pour exemple la phthisie tuberculeuse? De l'aveu de presque tous les praticiens, on voit, d'une part, cette maladie se développer dans l'immense majorité des cas chez des individus qui présentent soit un tempérament lymphatique ou scrofuleux, soit une constitution détériorée par l'action prolongée des causes débilitantes, soit enfin des vices de conformation propres à gêner le développement et le jeu des organes respiratoires. Les cas exceptionnels deviennent de plus en plus rares par une étude mieux faite des circonstances qui dérobent à l'appréciation de nos sens leur analogie d'origine avec la masse des autres. D'une autre part, en négligeant même d'insister sur les expériences du professeur Cruveilhier qui a obtenu à volonté la formation des tubercules dans les poumons au moyen d'inflammations artificielles provoquées dans ces organes, on ne peut nier combien est grand le nombre des individus chez lesquels ces formations accidentelles sont la conséquence évidente de la bronchite, de la pneumonite, de la pleurésie. On n'a refusé d'admettre la préexistence de la phlogose que par rapport au très petit nombre de cas où la présence des tubercules ne s'est révélée par aucun symptôme d'irritation. Mais si l'on tient compte de la difficulté qu'on éprouve dans les hôpitaux pour obtenir des récits complets et véridiques de ce qui s'est passé pendant les années précédentes; si l'on réfléchit aussi au grand nombre de modes et de degrés de lésions organiques, dont l'existence, silencieuse pendant la vie, n'est reconnue qu'à l'autopsie, on sera porté à faire rentrer ces cas, en apparence insolites, dans la classe commune.

En résumé, le tubercule doit être considéré comme le produit d'une phlegmasie suppurée qui, par cela même qu'elle a lieu chez des individus faibles, a trop peu d'intensité pour occuper une étendue considérable d'organe, et pour se terminer par résolution.

Il est facile de voir, d'après ce qui a été dit, qu'en admettant l'inflammation comme point de départ des tubercules, nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire, afin d'expliquer la spécialité de son caractère, d'en séquestrer le siége dans un ordre particulier de vaisseaux. Cette hypothèse, d'un médecin célèbre, n'a été faite que d'après les observations fournies par les ganglions lymphatiques tuberculeux, et c'est seulement par analogie qu'on a attribué à l'inflammation des capillaires blancs les tubercules qui se développaient dans des tissus où n'existaient pas des ganglions lymphatiques. Dans certains cas de pleurésie suppurée, comment se rendre compte de la formation de la matière tuberculeuse dans un tissu cellulaire accidentel formé de toutes pièces au milieu de la sérosité renfermée dans le sac séreux, si l'on adopte la théorie de l'inflammation des vaisseaux blancs? Ce fait, qui se présente assez souvent, et dont on trouve parfois des analogues dans les péritonites, est inexplicable avec la doctrine dont je viens de parler, et présente la même obscurité avec celle qui admet dans le tissu cellulaire des *germes* déposés par une puissance occulte, et devant irrévocablement donner naissance aux tubercules, abstraction faite des conditions générales de l'organisme. Où est, en effet, dans les cas que nous venons de supposer, le tissu cellulaire normal contenant des germes primitifs? D'une application bien plus générale, la théorie que nous exposons embrasse tous les faits et permet de concevoir comment de la matière tuberculeuse a pu se développer dans un tissu accidentel. Sous l'influence d'une pleurite ou d'une péritonite, il s'est fait une exhalation de matière gélatino-albumineuse qui s'est transformée en fausse membrane, en tissu cellulaire. Par suite du progrès de la même phlogose, l'exhalation purulente a succédé à la précédente. Ainsi, dans l'observation n° 4, où nous avons trouvé à la fois dans la cavité de la poitrine des adhérences et du tubercule, est-il possible d'admettre l'existence de deux maladies différentes? Il est bien évident, au contraire, qu'il s'agit d'un seul état morbide qui a produit suivant ses degrés deux sortes de matériaux : un tissu cellulaire accidentel et un épanchement de matière purulente qui a acquis la consistance tuberculeuse, le premier circonscrivant le second. Ajoutons que la matière tuberculeuse, trouvée dans les cas dont il est question, a fourni à l'analyse chimique les mêmes caractères qui ont été signalés.

Je me borne, pour le moment, aux considérations exposées dans cet article déjà fort étendu. Celles qui leur font suite auront leur place dans un travail relatif aux tubercules des os, et à ceux qui se développent dans certains organes consécutivement aux grandes opérations.

CLINIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON,

Trimestre de juillet 1832.

Service de M. BRACHET.

A l'avenir, nous ne regarderons comme ayant été trai-

tées dans nos salles que les malades qui seront sorties pendant le trimestre. Je sais que cette méthode présente quelques inconvéniens, attendu que les malades qui sortent au commencement du trimestre ont été reçues et traitées pendant le précédent, et que beaucoup de malades qui sont reçues dans le dernier mois, quoique traitées dans le trimestre même, ne sortent que dans le suivant. Si, malgré cela, je me décide pour cette méthode, c'est qu'aucune autre ne m'a paru moins vicieuse. En effet, à quelle saison appartiendraient les malades nombreuses qui restent dans la salle à la fin du trimestre précédent et dont les affections se prolongent bien longtemps encore? Ne serait-ce pas un inconvénient de faire, à la fin du trimestre, l'histoire d'une maladie qui n'est pas terminée, et dont l'issue est sujette à tant de chances? Entre deux méthodes également entachées de quelques imperfections, j'ai adopté celle qui m'a paru la plus convenable, sauf à faire mention, lorsque le cas l'exigera, des maladies régnantes un peu nombreuses qui seraient entrées vers la fin du trimestre, et qui ne seraient pas encore guéries.

Pendant le trimestre de juillet, il est entré 196 malades, et il en est sorti 168. Ce nombre est un peu moins considérable que dans le trimestre précédent. Cette différence provient, 1° de ce que dans le mois d'avril précédent on doublait encore les malades dans chaque lit, ce qui permettait d'en recevoir un bien plus grand nombre; 2° de ce qu'en été il y a toujours un peu moins de malades qu'au printemps. La proportion du chiffre des malades sorties avec le chiffre des malades entrées est de six sur sept. Cette proportion, déjà très satisfaisante, le serait encore davantage si nous faisions observer que le nombre des maladies est toujours supérieur au nombre des malades, parce que, dans le courant d'un trimestre, il y a toujours au moins une dizaine de malades qui, étant guéries de l'affection pour laquelle elles étaient entrées, en contractent une seconde, et quelquefois une troisième.

Voici le tableau des malades qui sont sorties pendant toute la durée du trimestre. Nous le ferons suivre de quelques réflexions sur la constitution médicale qui a paru régner, et sur quelques maladies particulières.

Tableau des maladies guéries ou soulagées pendant le trimestre de juillet 1832.

Érysipèles. Tous à la face.	4
Dartre furfuracée.	1
Rougeole	4
Scarlatine	3
Variole.	8
Varicelle	2
Céphalalgie. L'une simple, l'autre très bizarre.	2
Ophthalmie.	2
Angine.	4
Cérébrite traumatique.	1
Catarrhes pulmonaires, aigus et chroniques	7
Pleuro-pneumonie (dont une à la suite de couches fut extraordinairement grave)	5
A reporter.	43
Report.	43
Gastrite.	7
Gastro-bronchite.	4
Entérite	3
Gastro-entérite	8
Dysenterie.	3
Diarrhée chronique.	1
Hépatite	2
Péritonites, 4 simples, 8 compliquées.	12
Métrite aiguë	4
Métrite chronique.	6
Cystite toujours compliquée.	3
Rhumatisme aigu.	10
—— chronique	2
Hémoptysie.	2
Ménorrhagie	3
Aménorrhée	1
Suites de couches simples.	2
Névropathies plus ou moins intenses et variables.	4
Crises de convulsion souvent réitérées.	1
Danse de St.-Guy. L'une simple, l'autre compliquée de convulsion.	2
Coqueluches	4
Asthme (il n'est que soulagé à sa sortie).	1
Palpitations de cœur (causées par un état nerveux et pléthorique de grossesse).	1
Gastralgie avec alternative de vomissement et de diarrhée. Non guérie.	1
Gastralgies. L'une avec manie. La gastralgie guérie.	2
Névropathie abdominale.	1
Phthisie pulmonaire. (1 guérie, 3 soulagées).	4
Engorgement mobile dans l'abdomen, sans doute fixé sur l'épiploon.	1
Ascites, guéries.	2
Squirrhe utérin (ulcération communiquant avec la vessie)	1
— du rectum soulagé	1
Syphilis.	1
Scrophules.	3
Maladies chirurgicales, tumeur excisée, excroissance, ulcère	3
Maladies vagues, *incertæ sedis.*	3
Pléthore sanguine.	2
Diathèse inflammatoire	2
Fièvre inflammatoire	4
Courbature.	7
Embarras gastrique	3
Fièvre muqueuse simple.	2
Fièvre rémittente gastrique.	2
Typhus.	3
Fièvre tierce.	3
—— nerveuse.	1
Fièvre quarte.	1
Total.	181

Éruptions.— D'après ce tableau, le nombre des maladies cutanées éruptives a été assez considérable. Cela devait être, puisque l'épidémie de rougeole, de scarlatine et de

rougeole scarlatine qui régnait au printemps, s'est prolongée en été. Cinq de ces maladies ont été gagnées dans la maison par des malades qui y étaient entrées pour d'autres affections. Du reste, elles n'ont présenté rien de particulier, ni les unes, ni les autres. Cependant on ne peut se défendre d'une réflexion pénible, toutes les fois qu'on voit la variole figurer encore sur la liste des maladies qui ont été traitées dans un hôpital, et surtout y présenter un chiffre aussi élevé. La vaccine manquerait-elle donc son but? ou bien les préjugés populaires entretiendraient-ils l'aveuglement sur ses bons effets? Sans nier que la variole survienne après la vaccine, puisque les auteurs les plus dignes de foi l'ont constaté, je regarde ce fait comme une exception bien rare, attendu que je ne l'ai pas rencontré une seule fois. Ou bien c'était la varioloïde que le peuple prenait pour la variole; ou bien le sujet malade avait été vacciné sans qu'on se fût informé du résultat des piqûres qui n'avaient pas produit le développement des boutons vaccins. Cette apparition constante de la variole ne peut donc provenir que de l'obstination avec laquelle bien des gens se refusent à reconnaître la vertu préservative de la vaccine, ou persistent à croire que la variole étant un venin qui doit être éliminé, la vaccine, en s'opposant à cette expulsion humorale et en la renfermant dans le corps, devient nuisible et dispose à une foule d'autres maladies. L'on s'étonnerait que ce préjugé ne fût pas déjà tombé mille fois devant l'expérience, si l'on ne connaissait pas le peuple, toujours avide d'erreurs, toujours passionné, malgré les efforts multipliés pour le faire avancer dans les lumières du siècle. Non-seulement les hommes instruits et de bonne foi ne doutent pas des bienfaits de la vaccine; mais ils savent qu'une personne bien vaccinée ne présente plus le développement de nouveaux boutons vaccins. Trop de faits ont confirmé cette croyance pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Cependant je ne crois pas inutile de placer ici une particularité de développement de vaccine qui ne peut qu'ajouter une nouvelle preuve à la vérité de cette opinion.

Vaccine. — Le 4 juillet je vaccinai trois enfans : deux étaient âgés de sept mois, et le troisième de six ans. Je fis de bras à bras huit piqûres à chaque enfant : les boutons sur lesquels le virus fut pris étaient à leur dixième jour après l'opération, il n'y avait aucune apparence de développement de vaccine; les piqûres étaient sèches. Je vaccinai de nouveau les deux plus jeunes enfans avec un vaccin qui n'était qu'au septième jour : le troisième enfant ne s'étant pas trouvé au rendez-vous, ne fut pas vacciné. Au bout de 24 heures les seize premières piqûres des deux petits enfans présentèrent le commencement des boutons. Le troisième enfant ne présentait encore rien : ce fut seulement le lendemain, douze jours après la vaccination, que les boutons parurent. Leur marche fut régulière chez tous, et ils fournirent, à l'époque voulue, un virus vaccin de bonne qualité. Chez les deux petits enfans les dernières piqûres se desséchèrent et disparurent. Il n'est pas rare de voir retarder le développement de la vaccine. Aussi n'est-ce pas sous ce rapport que le fait cité présente quelque intérêt. D'ailleurs, tout le monde sait que le virus vaccin perd de son activité à mesure que les boutons vieillissent, et ceux qui me l'avaient fourni étaient au dixième jour. Le point de vue sous lequel il mérite quelque attention, c'est que, chez les deux petits enfans, les piqûres pratiquées dix jours après les premières ont été sans effet; et cependant le virus vaccin avait été pris sur des boutons qui n'étaient qu'au septième jour, époque où je ne l'ai jamais vu échouer. On ne peut pas dire que ces enfans n'étaient pas aptes à contracter la contagion vaccinale, puisque les premières piqûres ont produit une fort belle éruption. Mais, ayant été introduit à une époque où l'économie était en quelque sorte saturée du premier virus, il lui est arrivé ce qui lui arrive toutes les fois qu'il est employé chez des sujets vaccinés ou variolés; c'est de trouver l'économie réfractaire à une nouvelle contagion : elle était tout entière sous l'influence de la première vaccination. Quoique la chose soit possible, je ne crois pas que l'inoculation du second vaccin ait causé l'apparition plus prompte des boutons chez les deux petits enfans, parce que la différence d'âge suffit pour l'expliquer; celui chez lequel elle a paru 24 heures plus tard étant âgé de six ans. Ce fait ne peut donc qu'ajouter à la confiance que l'on doit avoir dans la vertu préservative de la vaccine, puisque même avant son développement elle anéantit la contagionabilité ou disposition à la contracter. Y aurait-il des *vaccinæ sine vaccinis*, comme il y a des *variolæ sine variolis*?

Lorsque la doctrine dite physiologique, méconnaissant les principes de la saine observation, voulait de toutes les maladies n'en faire qu'une, elle proclama la nature inflammatoire de la variole et nia son caractère de spécialité. Quelques faits, ou mal observés ou mal interprétés, semblèrent donner quelque crédit à cette assertion. L'expérience en fit bientôt justice. La variole resta une maladie spéciale, et les saignées les plus abondantes n'ont pu jamais en abréger le cours d'un seul instant : elles n'ont pas même pu l'empêcher d'être intense et confluente, lorsqu'elle avait à l'être. Le fait suivant en serait une nouvelle preuve s'il en était encore besoin.

Variole confluente. — Marie Valcneau, âgée de 11 ans, est couchée le 30 juillet au n° 117. Elle présentait les phénomènes d'une gastrite aiguë les mieux dessinés. (Eau gommée et édulcorée; potion mucilagineuse, 12 sangsues à l'épigastre.) Au moment où l'on allait faire mordre les sangsues, il survient une épistaxis abondante qui dure toute la journée. La malade est exsangue et fait attendre son dernier soupir d'un instant à l'autre. On ne pensait pas la retrouver vivante le lendemain. Non-seulement elle vivait, mais elle présenta sur toute la surface de la peau l'éruption de la variole la plus confluente qu'il soit possible de voir : tous les boutons se touchaient. Ils ne formèrent ensuite qu'une croûte. Du reste, la maladie parcourut ses périodes avec la plus grande régularité. Vers la fin de la desquamation, il y eut de l'œdème au côté droit du corps. Deux petits abcès se succédèrent aussi du même côté, l'un au col, et l'autre à l'avant-bras. La malade sortit guérie le 25 août.

Si jamais évacuation sanguine avait pu arrêter l'éruption varioliquc, c'eût été dans cette circonstance, parce qu'il eût été impossible de la faire plus abondante qu'elle ne le fut par l'épistaxis. Cependant, la variole fut confluente au plus haut degré. La conséquence de ce fait est que les évacuations sanguines n'ont aucune prise sur la variole.

Quant à la gastrite par laquelle la maladie semble avoir débuté, elle est une preuve, non du peu de foi qu'on doit ajouter aux symptômes, puisqu'ici ils auraient induit en erreur

sur le véritable caractère de la maladie, mais de l'impossibilité de limiter le siége de la variole à l'enveloppe cutanée. De même que les autres éruptions, la membrane muqueuse gastro-pulmonaire y participe, ou plutôt l'économie tout entière est malade. La variole est une maladie générale qui se manifeste par des phénomènes locaux plus ou moins étendus. Cela est si vrai, que les plus grands observateurs ont constaté que l'éruption cutanée n'était pas indispensable, puisqu'ils ont signalé les *varioloe sine variolis*. Sa cause est un venin, qui, une fois introduit dans l'économie, l'imprègne dans tous ses points et y détermine, quoi qu'on fasse, le travail organique qui constitue essentiellement la maladie.

Encéphalite. — Nous n'avons eu qu'une encéphalite. Quoiqu'elle n'ait présenté rien de particulier à l'observation, je crois devoir la mentionner, non parce qu'elle fut le résultat d'une chute sur la tête ou les reins, puisque c'est la cause la plus fréquente de cette maladie, chez les enfans surtout; mais, parce que, malgré la gravité des accidens qui existaient, la maladie fut assez rapidement guérie.

Marie Sifflet, âgée de 12 ans, tombe à la renverse de dessus une chaise, et se frappe la tempe et le dos contre le sol. Cela ne l'empêche pas d'agir pendant quelques jours. Mais peu à peu il survient des douleurs aiguës, puis de la raideur dans les membres, et les jambes deviennent si faibles qu'elles ne peuvent bientôt plus la supporter. Elle entre à l'hôpital le 11 septembre, 15 jours après l'accident. La malade était couchée à la renverse dans un état de somnolence d'où on avait de la peine à la tirer; le regard était hagard et hébété; elle entendait difficilement les questions qu'on lui adressait, et elle y répondait à peine; elle remuait les bras quoique avec lenteur; mais elle ne pouvait pas remuer les jambes : cependant elle sentait lorsqu'on la pinçait dans ces parties; la langue était rose, la respiration un peu lente, le pouls naturel, la face un peu plus rouge que d'habitude; point de soif; constipation, urines naturelles, abdomen souple et indolent (saignée de 10 onces, tisane de guimauve et graines de lin émulsionnées, potion mucilagineuse). Le 12, le sommeil est moins profond, la malade répond bien à tout ce qu'on lui demande, le pouls est encore fort; les jambes sont toujours à peu près immobiles (même tisane, julep tempérant, vésicatoire à chaque jambe). Le 14, les membres inférieurs commencent à remuer; 10 grains de calomélas produisent quelques selles. Le 15, le mieux augmente; 10 autres grains de calomélas sont administrés. Le 19, la malade sort guérie.

Ce fait n'aurait par lui-même rien de bien intéressant, si nous n'avions pas dit qu'il devait fixer notre attention à cause de la rapidité avec laquelle a été dissipée une maladie qui paraissait aussi grave. Une cérébrite qui déjà cause une paraphlégie presque complète ne se guérit pas ordinairement avec autant de facilité. Pour expliquer cette différence dans les résultats, il faut remonter à la cause du mal. Lorsque l'inflammation est occasionée par une cause physique, elle est toute locale; l'économie n'y participe que par les réactions fonctionnelles de l'organe malade. Alors la phlegmasie cède rapidement à un traitement rationnel employé avec énergie. Mais lorsque l'inflammation est le résultat d'une de ces causes désignées sous le nom d'internes, la maladie n'est plus seulement locale; l'économie entière est malade, et l'affection doit parcourir nécessairement ses périodes pendant un temps plus long, quels que soient d'ailleurs les moyens les plus appropriés qu'on administre. Alors la maladie peut être comparée, sous quelques rapports, avec la rougeole, la variole, etc., il faut qu'elle parcoure ses périodes. Or la cause de la cérébrite étant ici physique, son action était toute locale, et la maladie était restée locale aussi. Je dis, était restée, parce qu'il arrive souvent qu'une inflammation locale, déterminée par une cause physique, provoque à son tour une maladie générale, en produisant la fièvre inflammatoire. Alors le mal n'est plus seulement local, il est généralisé, l'économie entière y participe, et sa durée est nécessairement plus longue et plus indépendante de l'influence thérapeutique. L'occasion se présentera souvent de faire cette remarque : nous ne la laisserons jamais échapper, parce qu'elle nous paraît d'une haute importance.

Catarrhe pulmonaire. — Nous n'avons eu que sept catarrhes pulmonaires tant aigus que chroniques. Ce nombre est bien peu de chose, si nous le comparons à celui du trimestre précédent. La différence de température l'explique du reste assez. Excepté un, ils ont été peu graves et assez faciles à guérir, ce qui dépend aussi de cette différence de température des deux trimestres. C'est encore aux chaleurs de l'été que nous avons été redevables de la complication du catarrhe pulmonaire avec la gastrite, que nous avons désignée sous le nom de gastro-bronchite, parce que les chaleurs, en favorisant le développement de la gastrite, favorisent aussi sa complication avec les autres maladies qui surviennent. Chez une de ces malades, la gastrite fut cependant indépendante de l'influence de la saison. La bronchite était grave au point de fournir des crachats purulens. L'inflammation paraissait s'être étendue de proche en proche jusqu'à l'estomac, beaucoup plus que par réaction sympathique. La maladie fut longue à guérir, et elle ne dut son issue favorable qu'aux révulsifs énergiques qui furent employés. Chez une autre malade, Françoise Dextre, la gastro-entérite fut d'autant plus grave qu'elle était une suite de couche et qu'il y avait en même temps anasarque. Les révulsifs à l'extérieur, et les tisanes et potions béchiques rendues diurétiques, tantôt par le nitrate de potasse, tantôt par l'oximel ou le sirop scillitique, ou enfin par la poudre de digitale, triomphèrent de la maladie, et Françoise Dextre sortit, au bout d'un mois, parfaitement guérie. Il en est de cette complication comme de toutes les autres : les deux maladies coïncidentes ne présentent pas toujours le même degré d'intensité; les accidens inflammatoires sont plus développés, tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre. Il y a même un grand nombre de nuances dans le mode d'affection de chacune. Ces variétés nécessitent dans le traitement des modifications que nous ne pouvons pas indiquer ici.

Inflammation de poitrine. — Il semble que les chaleurs de l'été devraient préserver des inflammations de la poitrine. Cependant on en observe encore un assez grand nombre dans cette saison, puisque nous en avons eu cinq à traiter. En supposant que la chaleur fût par elle-même un préservatif de ces phlegmasies, elle n'en garantit pas toujours : elle semble même en être bien souvent une cause prédisposante en provoquant les imprudences qui les occasionent. Lorsqu'on a bien chaud, on cherche la fraîcheur, ou l'on boit frais; la transpiration s'arrête et le mouvement

fluxionnaire qui s'opérait du côté de la peau, est brusquement interverti au préjudice des organes intérieurs, qui alors deviennent facilement le siége d'une fluxion pathologique. Trois de ces pleuro-pneumonies étaient dues à cette cause. Deux sont arrivées assez tôt pour nécessiter le traitement antiphlogistique le plus franc. Cependant, l'une d'elles n'ayant pas cédé aussi complètement aux évacuations sanguines, deux loochs stibiés, 6 grains de tartrate de potasse et d'antimoine dans chacun, achevèrent rapidement la solution.

Une femme, âgée de 65 ans, entra au neuvième jour de la maladie. Les évacuations sanguines ne promettaient rien d'avantageux, le moment de leur opportunité était passé. Quatre vésicatoires furent appliqués, deux aux bras et deux aux cuisses : le tartre stibié fut administré dans le looch, à la dose de 6 grains le premier jour, 8 le second, et 10 le troisième. Le premier jour il y eut quelques évacuations par le haut et par le bas : il n'y en eut point le second ni le troisième jour. La langue s'humecta, la respiration devint plus facile, et il fut aisé de suivre les progrès de la résolution du poumon malade.

Chez une jeune fille, âgée de 19 ans, Marie Blanc, la maladie fut la suite de la rougeole, et elle n'était qu'à son troisième jour. Les symptômes inflammatoires étaient intenses (saignée de 18 onces, looch blanc, tisane de guimauve et violette édulcorée). Un vésicatoire est appliqué à chaque bras afin de faire diversion à la fluxion pulmonaire, en la rappelant, s'il était possible, à la peau. Le lendemain, la fièvre est moins forte, mais le côté est toujours très douloureux. Douze sangsues sont appliquées sur la poitrine et produisent une saignée abondante. Les deux jours suivans, amélioration apparente. Tout à coup gêne extrême de la respiration, menace de suffocation, œdème de la face et de la partie supérieure de la poitrine, suppression des urines, pouls vite et serré (vésicatoire à chaque cuisse. Looch nitré).

Le lendemain la suffocation est imminente, l'expectoration est supprimée, et déjà le teint plombé des lèvres semble indiquer que l'hématose ne se fait qu'imparfaitement dans les poumons (looch avec six grains de tartre stibié). Il fait évacuer, par le haut et par le bas, une énorme quantité de matière bilieuse et muqueuse. La faiblesse est extrême; mais la poitrine est bien dégagée, la respiration se fait presque librement, l'expectoration est abondante, les urines recommencent à couler. Dès ce moment le mieux alla en augmentant. Le tartre stibié ne fut pas continué; on le remplaça par le kermès minéral à la dose de trois grains, et la malade sortit bien guérie, douze jours après son entrée.

La dernière malade fut peut-être encore plus gravement atteinte. La maladie était le résultat d'une métastase de l'inflammation puerpérale du péritoine, chez une jeune femme de 29 ans. Les révulsifs les plus actifs furent employés. La maladie, passant à l'état chronique, nous fîmes appliquer une traînée de potasse caustique sur les parois de la poitrine.

Les réflexions qu'on pourrait faire sur ces deux dernières malades se présentent assez d'elles-mêmes. D'après la remarque faite plus haut au sujet de la cérébrite traumatique, il est évident que ces deux affections, étant le résultat d'une cause interne, devaient être et plus graves et plus longues. L'intensité devait être aussi proportionnée à l'étendue des surfaces primitivement malades. Je ne parle pas des nuances particulières, et on peut dire *sui generis*, que ces sortes de causes impriment chacune à sa manière aux phlegmasies qu'elles produisent : ceux qui en ont observé ne peuvent pas en douter.

Gastrite et *Gastro-entérite*. — L'influence de la saison s'est fait remarquer dans ce trimestre en fournissant un plus grand nombre de gastrites et de gastro-entérites. Pour peu qu'on veuille observer avec bonne foi, il est impossible de méconnaître cette influence des constitutions atmosphériques. Dans le printemps, nous avons vu en très grand nombre les inflammations des organes pectoraux; et maintenant, dans la saison des chaleurs, nous trouvons moins d'affections de la poitrine, et un bien plus grand nombre d'affections gastriques et intestinales. Pourquoi cette différence, si elle ne tenait pas à une influence différente? Cela est si vrai, que, suivant la saison, la même cause produit un effet différent. Ainsi, un exercice forcé qui, dans le printemps, aurait occasioné une pleuro-pneumonie ou un catarrhe pulmonaire, déterminera en été une gastrite ou une gastro-entérite. Effectivement, nous avons eu deux gastrites et trois gastro-entérites qui ont été dues à cette cause. Une troisième gastrite a été le résultat de l'ingestion d'une substance vénéneuse dans l'estomac. Dans les trois autres il a été impossible de trouver d'autre cause que l'influence de la saison. Il n'est pas inutile de chercher à apprécier cette influence. On est en effet porté à se demander si elle agit directement sur l'estomac, ou si elle n'agit sur lui que secondairement et par l'enchainement physiologique des phénomènes auxquels elle donne lieu. L'influence directe peut exister; mais on ne voit guère comment elle agit, et elle ne nous paraît pas encore bien démontrée, tandis que l'action secondaire de la chaleur sur l'estomac nous paraît incontestable. La chaleur appelle à la peau une activité beaucoup plus grande; elle en fait un organe vraiment fluxionnaire par l'augmentation de la transpiration. Cette exagération fonctionnelle des tégumens ne se fait qu'au détriment des autres organes : comme eux tous, l'estomac perd donc de son activité. Aussi voit-on en été la digestion languir et les besoins de manger se faire sentir moins impérieusement. Aussi le moindre excès de table rend-il les indigestions beaucoup plus fréquentes. C'est là, nous n'en doutons pas, la véritable cause de l'influence de l'été sur la production des affections du bas-ventre; mais elle n'est pas la seule : car en même temps que l'exhalation cutanée devient plus abondante, les autres sécrétions diminuent de quantité et éprouvent par conséquent des modifications dans leur composition; de là sans doute une impression différente de la bile sur l'estomac. Quoi qu'il en soit de cette explication théorique, le fait n'en reste pas moins; les gastrites sont plus fréquentes en été que dans les autres saisons. Celles que nous avons observées ont encore présenté un caractère particulier : elles s'accompagnaient pour la plupart de spasmes nerveux très intenses, qui pouvaient encore avoir été déterminés par la chaleur, dont l'action sur le système nerveux est assez connue.

Dans deux gastro-entérites la phlogose s'étendait au colon,

sans rien ajouter au degré de gravité de la maladie. Dans une autre, la membrane muqueuse vésicale participait à l'inflammation. Le traitement antiphlogistique le plus énergique fut employé, et il en triompha rapidement.

Dans un cas seulement il y eut réaction sympathique sur l'encéphale, et ce viscère fut bientôt lui-même le siége de la maladie principale, ce qui nécessita dans le traitement des modifications importantes.

Les entérites franches et dépouillées de complications ont été rares, puisque nous n'en avons compté que deux. Comme toutes les affections précédentes, elles ont cédé aux délayans à l'intérieur et à quelques topiques émolliens. Dans un cas seulement, quinze sangsues furent appliquées aux cuisses, à cause de la menstruation, qui n'avait pas fourni la quantité ordinaire de sang.

Dysenterie. — Je ne parlerais pas des dysenteries, si leur nombre n'avait pas été inférieur à ce qu'il devait être dans cette saison, surtout dans le mois d'août, et si je n'en trouvais pas une désignée sous la dénomination de dysenterie inflammatoire. Il est en effet remarquable de n'avoir eu qu'un aussi petit nombre de dysenteries, à une époque où elle est à peu près épidémique toutes les années, au moins à Lyon. Il serait curieux sans doute de rechercher la cause de cette anomalie, dans une année surtout qui a produit des chaleurs si régulièrement soutenues. Cette recherche ne serait même pas inutile à la recherche de la cause des épidémies, quoique ce ne soit pas sur un fait isolé qu'on pourrait rien conclure. Quant à la dénomination de dysenterie inflammatoire sous laquelle j'ai cru devoir désigner un fait, elle mérite quelques réflexions. Il semble en effet qu'elle soit un pléonasme, parce que la dysenterie est elle-même une inflammation. Tout en lui reconnaissant ce caractère, on ne peut lui refuser une spécialité qui la distingue de toutes les autres inflammations du même organe, ainsi que les anciens l'avaient si bien reconnu. Les efforts de quelques modernes, qui ont voulu n'en faire qu'un degré différent de la même maladie, n'ont pu convaincre que ceux qui ne savent pas voir par leurs propres yeux. Plusieurs tissus ou systèmes entrant dans la composition de la membrane muqueuse de l'intestin, ils peuvent être enflammés tous ensemble, ou chacun en particulier et indépendamment les uns des autres, ou bien enfin ils peuvent participer à l'inflammation dans des combinaisons différentes. Il est évident que la maladie ne peut plus être la même, suivant chacune de ces différences de siége ou de combinaison. Ainsi, telle inflammation des exhalans produira la diarrhée, tandis que celle des cryptes muqueux occasionera la dysenterie, et celle des capillaires sanguins ou du tissu même de la membrane constituera l'entérite proprement dite. Il n'est aucun observateur qui ne reconnaisse que ces trois affections sont bien isolées et bien indépendantes, et qui ne sache qu'elles peuvent se combiner deux à deux ou toutes les trois ensemble; mais aucun ne les confondra, parce qu'elles sont des maladies bien distinctes. La diarrhée et la dysenterie présentent un tel caractère de spécialité que les anciens ne les avaient pas comprises parmi les maladies inflammatoires, et que les efforts séduisans de quelques modernes pour les assimiler à l'entérite, n'ont pas réussi. Lorsqu'ils ont rencontré les caractères de l'inflammation franche de l'intestin dans la dysenterie, c'est parce qu'il y avait complication ou coexistence des deux maladies, l'entérite et la dysenterie, et qu'ils n'ont pas su les isoler pour les reconnaître. Le fait que j'ai désigné sous le nom de dysenterie inflammatoire était donc la combinaison de la dysenterie avec l'entérite. D'après cela, on aurait pu donner à la maladie le nom d'entéro-dysenterie, si cela n'eût pas entraîné une répétition discordante. Il eût été peut-être plus simple d'employer la dénomination de dysentérite, en conservant le mot de dysenterie pour la maladie lorsqu'elle est dans son état de simplicité. Il ne faut pas croire que cette distinction ne soit que théorique, elle est de la plus grande importance dans le traitement de la maladie. En effet, on ne traitera pas la dysenterie simple comme la dysenterie inflammatoire. Dans la première, les opiacés sont le remède le plus efficace; dans la seconde, c'est aux évacuations sanguines et aux délayans qu'il faut d'abord recourir avec énergie. Les opiacés ne deviennent utiles que, lorsque par cette médication préliminaire, on a combattu et dissipé l'entérite. Je le répète, cette distinction est de la plus haute importance, et celui qui ne la ferait pas s'exposerait à compromettre les jours du malade et la dignité de l'art.

Péritonite. — Le nombre des péritonites a été considérable, ce qu'on peut attribuer en partie à l'influence de la saison. Sur les douze qui sont notées, neuf sont venues du dehors, et trois ont succédé, dans la maison, à d'autres affections pour lesquelles les malades étaient entrées. Quatre seulement étaient simples et dégagées de complications : les autres étaient compliquées avec l'entérite, avec la cystite, avec la métrite, et trois avec la pleurésie. Cette dernière complication est ordinairement la plus fréquente : elle s'explique par le rapport sympathique qui unit les tissus de même nature et surtout les membranes séreuses, ce qui fait que lorsqu'une de ces membranes est enflammée, on en voit bien souvent une autre s'enflammer aussi pendant ou après la durée de la première maladie.

Le traitement de ces péritonites n'a pu être le même, puisque les époques différentes auxquelles elles ont été soumises à nos soins et leurs complications ne le permettait pas. Je ne ferai qu'une observation en faveur des bons effets du sous-carbonate de potasse. Je l'ai employé sur dix malades; jamais il n'a manqué de calmer rapidement la douleur et la violence des accidens. L'inflammation n'a pas été terminée pour cela; mais la résolution, rendue plus facile, a marché plus sûrement, et le mal s'est arrêté dès le moment de l'administration du remède. Toujours, il est vrai, j'ai fait accompagner son usage du traitement anti-phlogistique le plus énergique; et lorsque le calme était survenu, le calomélas à l'intérieur ou les frictions mercurielles ont paru aider à la résolution. Par cette méthode combinée, j'ai obtenu les succès les plus satisfaisans contre une maladie le plus souvent si funeste. Je le dis hautement : c'est au sous-carbonate de potasse que j'attribue la meilleure part dans ce brillant résultat. M. Récamier a rendu un vrai service à l'humanité en en faisant connaître les bons effets. Je rapporterai plus loin deux cas de péritonite qui ont été accompagnés d'accidens cholériques.

Métrite. — Le nombre des métrites est toujours assez considérable dans nos rangs. Cela n'étonne pas lorsqu'on réfléchit aux fonctions spéciales de l'utérus, au rôle important

que joue cet organe, à l'influence qu'il exerce sur toute l'économie et aux réactions sympathiques dont il est lui-même passible. Si elle paraît plus fréquente à l'état chronique, cela tient à deux circonstances principales. La première dépend de l'organisation même de la matrice; son tissu dense, ferme, presque fibreux lorsqu'il n'y a pas grossesse, ne se prête que difficilement à ces mouvemens organiques rapides qui sont nécessaires pour le développement d'une inflammation aiguë, comme on le voit dans les organes dont le parenchyme est très celluleux et vasculaire. Aussi, cette maladie est-elle rare, excepté à la suite des couches. Elle débute le plus souvent d'une manière sourde : à peine fait-elle sentir quelques légères douleurs dans les lombes : elle marche lentement et presque inaperçue. On peut dire qu'elle est chronique dès son origine, parce qu'elle en a la physionomie. Ce n'est que lorsqu'elle a fait des progrès considérables que les malades requièrent les secours de l'art. Dans la seconde circonstance, la métrite commence bien par être aiguë; mais à peine les malades se sentent-elles mieux, qu'elles se croient guéries : elles renoncent à un traitement toujours ennuyeux, et oublient toutes les précautions hygiéniques qui pourraient consolider la guérison. Les rechutes se renouvellent et se multiplient : la maladie alors est chronique. Cette distinction dans l'origine de la maladie mérite de fixer toute l'attention du praticien, parce que les métrites de la première espèce dégénèrent le plus souvent en squirrhe, ou, si elles guérissent, c'est avec beaucoup plus de difficulté et dans un temps bien plus long. Les métrites aiguës, lorsqu'elles sont prises à leur début, sont guéries avec assez de facilité; mais la convalescence est longue et les rechutes fréquentes; alors, comme nous l'avons dit, la maladie passe à l'état chronique.

Les métrites chroniques ont toutes demandé beaucoup de temps et beaucoup de persévérance dans leur traitement. Aux boissons adoucissantes et calmantes, j'ai associé les grands bains, les injections stupéfiantes, les petites saignées fréquemment réitérées, et chez quatre de ces malades, deux larges cautères à la partie inférieure des lombes. L'une de ces dernières avait des souffrances atroces qui n'étaient calmées que pendant l'écoulement du sang; ce qui me fit conseiller l'application d'une nouvelle sangsue, aussitôt que le sang de la précédente s'arrêtait. Chez cette jeune fille, âgée de 25 ans, l'inflammation ne se bornait pas à l'utérus, les ligamens larges y participaient et se dessinaient sur les parties latérales du bassin, de chaque côté du corps de la matrice, dont on les distinguait aisément. Le vagin ne resta pas étranger à l'affection : la membrane muqueuse s'enflamma et se parsema d'une foule de granulations qui faisaient craindre une dégénérescence cancéreuse prochaine. Cependant, tous les symptômes s'amendèrent progressivement, et la malade, après un séjour de quatre mois dans la maison, sortit le 5 septembre. Le corps de la matrice conservait encore un peu plus de volume que dans son état naturel, mais il n'était plus douloureux : il restait aussi dans le vagin quelques granulations qui n'avaient pas disparu. Deux des six malades sont rentrées au bout d'une dixaine de jours, avec de nouveaux symptômes d'acuité, résultat des imprudences commises et du peu de ménagement qu'elles avaient eu. Cette rechute, traitée de suite, a été beaucoup moins longue que la maladie première.

CANCER DE L'OESOPHAGE : *communication avec le poumon droit, qui est réduit en putrilage dans une partie de son étendue ;*

Par M. GRISOLLE.

M. Portanier, maire de la ville de Fréjus, âgé de 64 ans, bien constitué, d'un tempérament bilioso-sanguin, est un ancien capitaine de navire du commerce. Dans les premiers temps de sa vie maritime, il fut détenu prisonnier de guerre, et au sortir de sa captivité, qui dura deux années, il gagna le scorbut et contracta plusieurs maladies vénériennes très graves qui furent rebelles aux mercuriaux, et ne cédèrent qu'à de fortes doses du rob de Laffecteur. Pendant 25 ans, M. Portanier a joui constamment d'une bonne santé, malgré les fatigues de la navigation. Mais dans le courant du mois de décembre 1831, s'occupant avec zèle de l'administration de sa commune, et ayant éprouvé de vives contrariétés, il commença à se trouver graduellement incommodé par une douleur sourde située sur le trajet de l'œsophage, et accompagnée de difficultés pour avaler les alimens solides, quoiqu'ils fussent bien mâchés. L'irritation ou l'inflammation semblait occuper dans les premiers temps une grande partie du conduit, ou plutôt elle était disséminée sur plusieurs points à la fois, puisque les alimens étaient arrêtés deux et même trois fois avant de franchir l'ouverture œsophagienne; mais, au bout d'un mois, la phlegmasie, se localisant davantage, parut n'affecter que la moitié inférieure de l'œsophage.

Les alimens, parvenus dans ce point, ne pouvaient plus avancer ni reculer, et le malade était dans une imminence de suffocation s'il ne s'était hâté d'avaler de l'eau en abondance. Bientôt ces graves accidens augmentèrent, et M. Portanier fut réduit à se substanter avec du bouillon et des soupes. La douleur qu'il accusait avait son siége derrière le sternum; elle était exaspérée par le passage des alimens et des boissons, aussi bien que par les bâillemens, les secousses de la toux, par les éructations, les émotions vives et les discours animés. Dans les premiers temps, on appliqua quelques sangsues sur le sternum; deux fois on ouvrit la veine du bras; les médecins insistèrent beaucoup pour que le malade gardât un repos absolu. Mais M. Portanier négligea ces bons avis; il s'occupa d'administration comme par le passé, parlait beaucoup en public, et refusa de se soumettre à un traitement antiphlogistique un peu énergique. Ces imprudences eurent pour prochain résultat d'aggraver beaucoup les accidens. Des dérivatifs, appliqués sur le sternum et autour du cou, ne produisirent aucun effet avantageux. Enfin, la douleur de l'œsophage a semblé s'irradier de la colonne dorsale dans tout le côté droit de la poitrine (1). M. Dupuytren conseilla l'introduction d'une sonde dans l'œsophage, afin de le dilater; mais le malade, effrayé d'une pareille opération, ne voulut point s'y décider.

(1) Ces douleurs thoraciques avaient le caractère névralgique; elles suivaient le trajet des nerfs intercostaux. Quelquefois elles s'irradiaient le long de l'épine entre les deux omoplates, comme si le grand sympathique participait lui-même à l'altération quelconque qui existait dans ce cas.

Cependant la dysphagie allant toujours croissant; M. Portanier s'imagina que le virus vénérien pouvait bien être cause des accidens qu'il éprouvait. Se rappelant alors les bons effets qu'il avait retirés jadis de l'emploi du rob de Laffecteur, il l'employa de nouveau sans consulter personne, et ce fut à dater de cette époque qu'il rejeta, par un mouvement de régurgitation, des matières glaireuses, inodores, le plus souvent insipides, mais douées parfois de propriétés acides. Peu à peu la quantité de ces glaires devint énorme; leur consistance augmenta, et le malade les rejetait après des efforts inouis. Souvent l'orifice du rétrécissement était bouché par elles, et dans ce cas les alimens liquides digérés, arrêtés par ce nouvel obstacle, étaient rejetés après leur déglutition. Il y avait alors ce que Wichmann nommait vomissement de l'œsophage ou une espèce de rumination. Au commencement du mois d'août dernier les fécules, les œufs à la coque peu cuits, le chocolat, et même l'eau, pouvaient être pris par cuillerées à café, et encore la majeure partie ne pouvait franchir l'obstacle: en même temps les douleurs de l'œsophage devenaient lancinantes, et les glaires nous offrirent de temps en temps quelques stries de sang et de pus. Cette fâcheuse circonstance nous fit soupçonner que la tumeur était ramollie et ulcérée; aussi, nous nous abstînmes de recourir à l'usage de la sonde, bien que le malade nous en eût alors témoigné le désir. La fièvre d'ailleurs s'était déjà allumée, ses accès étaient irréguliers, l'excrétion des glaires était si pénible que le pharynx, sans cesse convulsé, devint d'un rouge intense; la langue avait pris cette teinte, à cause des frottemens que le malade exerçait sur elle afin d'en détacher les mucosités qui la tapissaient. A chaque instant M. Portanier accusait vers le sternum la sensation d'un corps dur qui l'étranglait; à chaque tentative de déglutition il était pris de mouvemens convulsifs dans la gorge, dans l'œsophage, et qui se propageaient jusqu'aux muscles abdominaux comme dans le vomissement. Enfin, le 8 septembre, il rejeta, par expectoration, quelques crachats rouillés, et l'auscultation nous fit découvrir une pneumonie circonscrite en arrière du poumon droit. En même temps le visage était comme boursouflé; les yeux étaient caves; la peau offrait une chaleur âcre; le dévoiement se déclara, et la faiblesse alla toujours croissant. Enfin la respiration devint de plus en plus pénible, surtout quand le malade buvait; le côté gauche de la poitrine paraissait jouir d'une activité plus grande que le côté opposé. Le 10, les crachats étaient grisâtres; leur odeur était extrêmement fétide. Le malade était tellement prostré que nous n'avons pas osé le fatiguer davantage en pratiquant sur lui la percussion ou l'auscultation. Il a succombé le 11, à 7 heures du soir, ayant conservé jusqu'à sa dernière heure toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Nécropsie, 20 heures après la mort. — L'habitus extérieur du cadavre offre un embonpoint médiocre; peu de raideur dans les muscles, et encore un certain degré de chaleur dans les parois abdominales.

Poitrine. — Les viscères thoraciques mis à découvert, nous remarquons des adhérences anciennes, cellulueuses, qui existent entre chacun des poumons et la plèvre costale gauche correspondante. Le poumon se détache aisément, et il ne nous présente rien autre qu'un léger engouement cadavérique à sa base. Quant au poumon droit, il nous est impossible de l'isoler en entier; son tissu est humide, ramolli, à tel point que le plus léger frottement suffit pour le réduire en une espèce de bouillie d'un vert noirâtre et fétide. Cette altération est très prononcée vers le bord concave du viscère, un peu au-dessus de l'insertion des bronches et des vaisseaux. Là, en effet, existe une vaste excavation qui paraît communiquer avec l'intérieur de l'œsophage uni d'ailleurs au poumon par des adhérences très étendues; mais, à cause de la déliquescence du poumon, il serait bien possible que l'excavation dont nous venons de parler fût l'effet des tractions que nous avons été obligés d'exercer. Quoi qu'il en soit, vers le bord externe existent quelques points hépatisés.

Le cœur et le péricarde sont sains.

L'œsophage, disséqué dans toute sa longueur, ne nous présente autour de lui, et de distance en distance, que quelques ganglions plus volumineux que de coutume, mais pas assez développés pour pouvoir rétrécir le calibre du conduit. Celui-ci, examiné par sa surface interne, est sain dans toutes ses tuniques depuis son origine jusqu'à la fin de sa moitié supérieure. Dans tout le reste de son étendue, nous trouvons ou altération de structure, ou bien coloration anormale. En effet, au-dessous de la moitié supérieure, et dans une étendue de deux pouces et demi, existe un rétrécissement bouchant presque complètement le trajet du canal; les parois de l'œsophage présentent à leur surface muqueuse un nombre considérable d'ulcérations plus ou moins larges et profondes, surmontées de végétations pâles très friables. Ces ulcérations sont pour la plupart l'origine d'autant de petits sinus qui communiquent entre eux, et qui presque tous viennent aboutir dans une poche ayant un demi-pouce carré environ, creusée dans la paroi postérieure, et protégée en avant par une véritable valvule tricuspide formée aux dépens de quelques faisceaux de fibres musculaires ramollies. Cette cavité se prolongeant à droite, va s'ouvrir dans le cloaque pulmonaire dont nous avons parlé plus haut. Dans toute l'étendue de la lésion organique, qui est exactement circonscrite, l'œsophage est ramolli; si on le presse, il laisse échapper de ces ulcérations, ou des incisions qu'on y pratique, une substance putride, blanchâtre, comme cérébriforme. En outre, toute cette surface interne est sillonnée par des fibres musculaires dénudées, la plupart blanchâtres; quelques-unes conservent leur couleur naturelle, mais toutes ont subi une diminution considérable dans leur force de cohésion. Le pylore et la portion de l'œsophage, situées au-dessus de ce bourrelet, ne nous offrent qu'une injection capillaire générale. La muqueuse nous paraît un peu épaissie, mais les couches subjacentes sont exemptes de toute espèce d'altération. Les filets nerveux subjacens, ne nous ont présenté aucune altération appréciable dans leur couleur, leur volume ou leur densité; nous n'avons non plus aperçu dans le voisinage aucun vaisseau lymphatique plus volumineux que de coutume.

Abdomen. — L'estomac présente quelques plaques rouges; il nous paraît un peu rétréci. Sa muqueuse a une consistance normale. L'intestin grêle offre, à quelques pouces au-dessus de la valvule de Bauhin, une légère injection dans sa tunique muqueuse. La rate a la moitié de sa tunique

breuse convertie en cartilage, et même, de distance en distance, elle offre dans son épaisseur plusieurs points d'ossification. Le foie, les reins, et tous les autres viscères sont sains.

Le crâne n'a pu être ouvert.

Réflexions. — D'abord nous voyons 1° que la lésion affectait la partie moyenne de l'œsophage, et nullement les deux extrémités, qui étant les deux points les plus rétrécis ont été regardés par Hunter comme les plus susceptibles de dégénérer, parce que leur calibre moins grand les expose davantage aux frottemens. 2° Ordinairement lorsqu'un obstacle s'oppose au passage des alimens, la partie de l'œsophage placée au-dessus se développe sous forme de poche, et celle qui est au-dessous se rétrécit peu à peu; mais, dans le cas dont il s'agit, nous ne voyons rien de semblable. 3° Pour le diagnostic, cette observation ne nous apprend rien de spécial. Nous ferons seulement observer que Wichman indiquait qu'on pouvait toujours distinguer une dysphagie par cancer de l'œsophage ou par engorgement glandulaire, en ce que celle-ci fait éprouver une douleur sourde et un sentiment de tension, non-seulement pendant les efforts de déglutition, mais encore lorsque le malade n'en exécute aucun. Il prétend en outre que cette dysphagie et la sensation qui l'accompagne se dissipent lorsqu'on est couché. Cependant, chez notre malade, la difficulté pour avaler était la même, quelle que fût sa position; tandis que les douleurs diminuaient beaucoup lorsqu'il était couché en supination.

Quant au traitement, il est fâcheux que M. Portanier ait refusé l'introduction des sondes, lorsque la maladie n'était pas assez avancée pour être tout-à-fait incurable. 4° Dans les derniers temps, lorsque le squirre s'est ulcéré, si on eût sondé l'œsophage, ou bien on en eût hâté la désorganisation, ou bien on eût fait des fausses routes dans le médiastin. Dans le tome IV des *Annales de la Société des sciences, belles-lettres et arts d'Orléans*, on peut lire l'observation d'un individu affecté de cancer de l'œsophage, sur lequel on pratiqua le cathétérisme du conduit. La sonde, perçant les parois du canal, se fourvoya dans le poumon droit.

Rétrécissement *organique du rectum, à 7 pouces environ de l'orifice anal;*

Par M. CAMUS.

Le 9 mars 1823, une femme âgée d'environ 40 ans, d'une constitution faible, souffrante depuis plusieurs mois, entra à la maison de santé pour s'y faire traiter de vomissemens aigus dont elle se trouvait incommodée depuis plusieurs jours.

Aux questions que je lui fis pour découvrir la cause de sa maladie, elle répondit qu'environ six mois avant elle avait éprouvé les mêmes accidens, c'est-à-dire des coliques avec difficulté dans la défécation; et qu'à dater de ce temps elle avait eu peine à se rétablir, et qu'elle n'avait cessé d'éprouver des difficultés pour aller à la selle. Au moment où je la vis, voici les symptômes qu'elle présentait: distension énorme du ventre par des gaz; la peau a pris un aspect luisant; la pression sur toutes les régions du ventre excite une vive douleur. Vomissemens fréquens de matières bilieuses verdâtres, qui se renouvellent chaque fois que la malade prend un peu de boisson. Elle dit être allée à la selle la veille, mais avoir rendu peu de matières; le pouls est très fréquent, petit et faible; la respiration très gênée; la voix affaiblie; les traits de la face décomposés; prostration des forces. La nature des accidens me fit penser qu'il pouvait exister un étranglement de l'intestin. L'examen auquel je me livrai pour en découvrir la cause fut à peu près sans résultat. En effet, elle n'avait jamais eu de hernie; on ne découvrait aucune tumeur à travers les parois abdominales; les accidens ne s'étaient point développés à l'occasion d'un effort; il n'existait point d'obstacle à l'orifice anal de l'intestin; le cours des matières fécales n'était pas complètement interrompu, et d'ailleurs tous les accidens pouvaient être rapportés à une péritonite sans étranglement.

Il fut fait une application de sangsues sur le ventre, et des fomentations émollientes; on donna un lavement émollient, des boissons légèrement acides.

Le lendemain tous les accidens avaient persisté. Point de selles; les vomissemens étaient un peu moins fréquens.

M. Duméril prescrivit un lavement purgatif, une potion anti-émétique, une potion calmante avec le sirop diacode, et la diète absolue.

Le deuxième jour, la malade parut moins souffrir, mais le ventre était toujours distendu au même point. Le lavement purgatif n'avait rien produit.

Cette série de symptômes alarmans persista huit jours, pendant lesquels on employa successivement les anti-phlogistiques, les anti-émétiques, les opiacés, les purgatifs, sans qu'aucune de ces médications pût en suspendre la marche.

Cette femme succomba, le 18 mars, dans la nuit.

Autopsie. — Abdomen. — Toute la surface des intestins est recouverte d'une couche de pus, résultat de la suppuration du péritoine: tout le gros intestin est énormément distendu par des gaz; son volume, dans tous les points, égale celui d'un cylindre de 4 pouces de diamètre; la distension s'arrête brusquement à la valvule iléo-cœcale, et n'occupe pas les intestins grêles qui sont cachés derrière l'arc du colon, et l'iliaque. Ceux-ci, par leur développement, occupent toute la cavité abdominale. Des couches de pus et des fausses membranes récentes unissent les circonvolutions intestinales entre elles.

En examinant la disposition de ces différentes parties, il se fait une perforation dans le colon lombaire gauche, par laquelle s'échappe une grande quantité de gaz et peu de matières fécales.

L'ouverture avait lieu dans un point où les tuniques de l'intestin, considérablement amincies, avaient été frappées de gangrène. En poussant plus loin mes recherches, j'arrivai au rectum, où se trouvait la véritable cause des accidens. Après l'avoir enlevé, ainsi que le colon, et les avoir débarrassés des matières fécales qu'ils contenaient, voici ce que ces intestins ont présenté de remarquable.

A 7 pouces environ de l'anus, le rectum offre un rétrécissement organique qui permet seulement le passage

d'une sonde d'argent ; la circonférence de l'intestin présente une sorte d'étranglement circulaire qui n'a que 8 à 10 lignes d'étendue en hauteur ; en retournant l'intestin dilaté pas son bout supérieur, on observe qu'il se termine brusquement à une zône muqueuse. En incisant les tuniques de l'intestin, au niveau du rétrécissement, on observe qu'elles ont un peu plus d'épaisseur que dans les autres points de l'intestin ; la séreuse est intacte ; la tunique musculeuse se déchire avec facilité ; la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux paraissent avoir subi presque seuls des altérations ; ils sont plus épais que dans l'état sain, et plus adhérens à la tunique musculeuse.

La muqueuse du gros intestin, placée au-dessus du rétrécissement, est détruite dans la plus grande partie de son étendue ; les fibres musculaires sont disséquées à leur surface. Il ne reste que de très petits débris disséminés de cette membrane muqueuse ; il faut râcler pour enlever ces débris qui ne semblent tenir à la musculeuse que par un pédicule, ce qui m'avait porté à penser que la muqueuse n'était peut-être conservée dans une si petite étendue qu'en raison de la présence des follicules muqueux dont les rameaux vasculaires me paraissaient constituer le pédicule en question. La société a fait justice de cette opinion en démontrant que ce que je croyais être des follicules n'était autre chose que des portions de membrane muqueuse qui avaient résisté plus longtemps à la destruction.

Au-dessous du rétrécissement, l'intestin était à l'état sain.

L'intestin grêle, que nous avons dit n'être point distendu par des gaz, n'offrait aucune des altérations observées dans les gros intestins.

Je ne puis résister au désir de fixer l'attention de la Société sur un point qui m'a vivement frappé.

Avant de procéder à l'ouverture de l'abdomen, j'essayai de pratiquer le toucher sur le cadavre, tant pour m'exercer à cette pratique que pour constater l'état du col de l'utérus.

Or, voici ce que je rencontrai de particulier :

Le col de l'utérus arrivait presqu'au niveau des petites lèvres et faisait une saillie considérable dans le vagin ; son développement était tel, par suite de l'abaissement du corps de l'utérus, qu'on eût pu facilement le prendre pour une maladie du col, ou, mieux encore, pour un polype sorti par son orifice, d'autant mieux qu'on pouvait facilement circonscrire un pouce et demi de tumeur qu'il formait dans le vagin. Sa pression de bas en haut ne déplaçait l'organe qu'avec difficulté ; et, en plaçant la main libre sur la région hypogastrique, il était facile de sentir que la résistance était seulement due à la pression à laquelle l'utérus était soumis par le développement des gaz dans l'abdomen ; en ajoutant à cette pression, avec la main placée sur l'hypogastre, il était possible de faire voyager l'organe alternativement de haut en bas et de bas en haut, suivant qu'on pressait dans l'un et l'autre sens l'abdomen et le col. Cette circonstance pouvait en imposer au chirurgien et faire croire à une maladie qui n'existait pas ; l'abdomen étant ouvert, l'utérus et son col arrondi reprirent leur place, et furent trouvés parfaitement sains.

TRANSACTIONS MÉDICALES;

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

LITTÉRATURE MÉDICALE;

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE PARIS,

ET RÉDIGÉ PAR M. FORGET, D. M.

AOUT 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

OBSERVATION D'UN FOETUS CYCLOPE, suivie de considérations sur le *nisus formativus*;

Par E. LACROIX, interne à la Maternité.

La nommée Gavaury, âgée de 25 ans, est accouchée, au terme de neuf mois, d'un fœtus de sexe féminin, cyclope. Aucun accident n'avait troublé la grossesse. L'accouchement s'est fait par les pieds; l'enfant est né mort, dans un état d'asphyxie; la délivrance fut naturelle, et le placenta ne présenta aucune altération pathologique, ni brides, ni vestiges d'adhérences, etc.

Le fœtus, à en juger par son volume, paraît au terme de neuf mois. Tout son corps est couvert de duvet, les cheveux sont fournis, les extrémités thoraciques et pelviennes sont pourvues d'ongles; le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux, surtout sous le cuir chevelu; la face présente dans la partie moyenne un seul œil, et au-dessus de cet appareil de vision, privé de sourcils, est un appendice cylindrique de la longueur d'un pouce, susceptible, en s'abaissant, d'arriver au niveau de la paupière inférieure.

Cet organe ressemble à une petite verge. L'attention y fait reconnaître une espèce de gland, étranglé à sa base par la peau froncée à la manière du prépuce et percé à son sommet d'un trou entièrement analogue, par sa position et sa forme, au méat urinaire. Par cette ouverture s'écoule, à la pression des doigts, un liquide séreux, venu d'une cavité muqueuse, piriforme, occupant tout le corps de l'organe.

Entre la muqueuse et la peau est une apophyse styloïde de structure osseuse à sa base, qui repose entre les deux os frontaux; elle devient ensuite cartilagineuse et fibreuse, en s'avançant dans la partie la plus supérieure du corps de cette petite verge.

A cet appendice osseux était annexé un petit os anfractueux, très adhérent à la partie antérieure de la membrane fibreuse, formé aux dépens de la dure-mère, qui comblait l'échancrure ethmoïdale du frontal. Une artère échappée de l'ophthalmique pénétrait cet os anfractueux pour se rendre à la base du système des parties molles, que les anatomistes nomment la trompe.

Si nous examinons maintenant l'œil, nous verrons qu'il était compris entre quatre paupières tendues, de manière à constituer, par leur réunion, une ouverture de forme rhomboïdale. Chacune d'elles avait ses cils, ses glandes de Meibomius, son cartilage tarse. Le muscle orbiculaire seul semblait commun.

Je n'ai pas trouvé d'appareil lacrymal; la glande, les conduits et les canaux manquaient.

Dans l'espace quadrangulaire où se trouvait enchassé l'œil, on voyait la conjonctive infiltrée, fongueuse, comme dans le chémosis, et au milieu un point noir appartenant à la cornée.

A travers beaucoup de tissu cellulaire graisseux, des muscles vont se rendre sur cet œil unique. Au-dessus d'eux, marchent parallèlement les nerfs de la troisième paire, et les moteurs oculaires communs, qui s'anastomosent et se distribuent aux muscles. Ces nerfs avaient pénétré par le trou optique. La fente ethmoïdale donne passage de chaque côté à la branche ophthalmique de la cinquième paire, très volumineuse, et que je pus suivre jusqu'à la partie postérieure de la sclérotique. Deux artères ophthalmiques se rendaient dans la cavité orbitaire; ayant pris naissance des deux

carotides internes, elles marchaient ensuite entre les deux moteurs oculaires communs, en franchissant avec eux le trou optique.

Il n'existe qu'un seul globe oculaire, et tous ses élémens se réduisent à une sclérotique sur laquelle est un détritus noirâtre (était-ce la choroïde?) et quelques mucosités. Le séjour prolongé du fœtus dans l'alcool ne m'a pas permis de me décider sur la nature de ces débris, qui auraient pu être l'humeur vitrée, la rétine, le cristallin.

La cavité orbitaire n'est pas plus étendue que d'ordinaire; son axe est perpendiculaire à la ligne médiane; ses parois externes sont composées des mêmes os que dans l'état normal; sa partie inférieure est formée par la réunion des deux os frontaux. Son sommet ne présente qu'un seul trou optique, au point de réunion des deux apophyses d'Ingrassias; vers lui convergent les deux fentes sphénoïdales.

Les désordres de la tête ne sont pas bornés à la face : la partie du crâne, occupée ordinairement par le cerveau, est divisée en deux cavités : la première, antérieure, est complètement remplie par le cerveau; la seconde, postérieure, est formée par une poche placée entre le cerveau et le cervelet; dans ces deux cavités l'on trouve en outre un liquide de même nature.

La poche forme d'abord une cloison perpendiculaire et dressée transversalement d'un pariétal à l'autre; mais en arrière, cette membrane, appliquée successivement sur la moitié postérieure des pariétaux, sur les temporaux et l'occipital, se réunissait à celle du côté opposé, et passait ensuite sur le cervelet qui n'avait pas de tente, comme le cerveau n'avait pas de faux. Cette poche, ainsi constituée, avait une ouverture en bas, faisant communiquer librement sa cavité avec celle du cerveau, à l'endroit où aurait dû exister l'aquedue de Sylvius.

Sa structure était de la nature de l'arachnoïde, avec laquelle elle se continuait sans démarcation sensible. En effet, composée de deux feuillets adossés dans toute leur étendue, en avant elle se dédoublait pour embrasser l'hémisphère postérieur du cerveau, une lame passant sur le lobe postérieur du cerveau, l'autre pénétrant dans la cavité ventriculaire.

Le cerveau, comme je l'ai déjà dit, ne remplissait pas complètement sa cavité; il n'arrivait pas jusqu'à la partie antérieure de la base du crâne, sur laquelle il reposait; sa surface était lisse, parcourue par quelques sillons longitudinaux, peut-être dus à l'affaissement des ventricules. Il avait une cavité unique, à parois tomenteuses, et remplie d'un liquide que l'on pouvait faire fluer alternativement du cerveau dans la poche.

Ce liquide était rougeâtre et rendu trouble par une pulpe ressemblant à de la matière cérébrale.

A la base du cerveau manquaient, sur la ligne médiane, la commissure du corps calleux absent en totalité, ainsi que le corps pituitaire, les éminences mamillaires, les commissures, les tubercules quadrijumaux, l'aquedue de Sylvius.

Sur les parties latérales, je n'ai pas trouvé le nerf olfactif, les corps striés, les cornes d'Ammon, fait favorable à l'opinion de Renolds Tréviranus, qui pense que le nerf olfactif est dans des rapports immédiats avec ces parties. Il n'y avait pas de nerf optique, de nerf de la quatrième et de la sixième paires.

Les vaisseaux qui se rendaient dans le cerveau avaient une distribution régulière; seulement ceux du côté droit étaient moins volumineux, comme les artères carotides interne et primitive, dont ils tiraient leur origine.

La cavité cranienne, formée des os qu'on lui connaît, dans la fusion qui s'était faite de la partie supérieure de la face, s'était rétrécie, et par suite ses élémens refoulés s'étaient dissociés : ainsi les apophyses d'Ingrassias s'étaient séparées du corps du sphénoïde, et l'ethmoïde était chassé en avant et au-dessous des os propres du nez, et de là était résultée une vaste échancrure comblée par la dure-mère.

Le trouble apporté à l'organisation n'était pas limité à la tête; ainsi, extérieurement, on trouvait deux pieds-bots, dont la face plantaire regardait en dedans, variété désignée sous le nom de *pes vulgus*. Intérieurement, on voyait l'estomac engagé à travers le diaphragme qu'il avait refoulé, et adhérant par son grand cul de sac à une bride allant à la base du cordon ombilical.

Considérations.

Après les nombreuses observations de cyclopie faites dans les diverses classes des vertébrés, depuis Littré jusqu'aux derniers mémoires dans lesquels ces monstruosités ont été collationnées par Meckel (Bibliothèque médicale d'Hufeland), et par Tiedman (Journal des Progrès); devant de tels matériaux, dis-je, la première question à se faire est de se demander quel est le caractère spécial de cette observation.

En nous résumant brièvement, nous verrons que, relativement à l'appareil de la vision, c'est seulement le deuxième cas où l'œil ait été trouvé sans nerf optique, fait qui mérite d'autant plus de fixer l'attention, que Tiedman s'est fondé sur l'isolement d'une observation semblable, faite par M. Magendie, pour douter de son authenticité.

Sous le rapport de l'organe de l'olfaction, c'est l'unique cas, que je sache, dans lequel on ait rencontré le rudiment de l'ethmoïde.

Nous pourrons enfin, dans les lésions concomittantes, trouver des bases assez solides pour attaquer les théories qui se sont élevées pour expliquer le trouble apporté au nisus formativus, et peut être même y puiserons-nous des données pour suivre une nouvelle voie d'explication.

Alors, tout naturellement, nous sommes amenés à l'étude des causes qui ont pu déterminer ces désordres. Il n'existe que deux modes d'interprétation : est-ce un arrêt de développement, ou bien est-ce une maladie? En admettant que ce soit une maladie, ce ne peut être qu'une altération du système circulatoire ou du système nerveux. Pour discuter une semblable question, je ne ferai qu'appliquer à la cyclopie tout ce que l'illustre auteur de l'anatomie philosophique a dit, à propos de l'anencéphalie.

Le système circulatoire avait une distribution régulière; nous le jetterons donc comme cause; ainsi, par voie d'exclusion, nous sommes conduits à l'examen du système nerveux; la lésion de l'encéphale semble, de prime abord, rendre la conclusion facile; mais nous remarquons que le liquide trouvé est un produit organogène qui a été déposé

en conservant ses premières dispositions fœtales, et, pour me servir des expressions de l'anatomiste dont j'emprunte aussi les raisonnemens, c'est un produit qui entre en bourse pour rester étranger à l'organisation; car toute moelle épinière, tout cerveau, ont un état primitif transitoire, qui est l'état permanent d'une partie d'un système nerveux de notre fœtus; ce n'est donc pas un état pathologique, mais un arrêt de développement, un défaut de coagulation, passez-moi l'expression, une cristallisation confuse; car n'avons-nous pas trouvé dans le liquide des flocons de substance cérébrale? Aussi est-ce une circonstance à laquelle ont dû être étrangers les organes des sens. Le système nerveux n'était pas malade; aussi ne peut-on voir là qu'un même effet de la cause qui a pu déterminer la cyclopie : l'arrêt de développement.

Pour expliquer les arrêts de développement, on a voulu faire jouer un grand rôle aux causes accidentelles; l'on ne peut pas les rejeter absolument comme prédisposantes dans certains cas, mais l'on ne peut les admettre comme efficientes. Aussi n'ai-je pas besoin de reproduire les justes objections faites à Bianchi et à d'autres physiologistes, par Valisnieri, Harvey, Lancisi, Morgagni, Haller; car nulle de ces théories n'a pu résister lorsqu'il a fallu l'appliquer à l'interprétation de certaines difformités héréditaires. Aucun moyen mécanique n'a pu expliquer la transposition des viscères, etc.

Ces obstacles, apportés aux théories mécaniques, ne les ont pas empêchées cependant de renaître dans ces derniers temps. Bien qu'elles pèchent par leur base, examinons encore si nous pouvons les suivre dans leurs applications. J'attaquerai seulement la plus moderne, comme la plus séduisante par sa nouveauté, et par la poétique avec laquelle son auteur l'a présentée dans l'admirable ouvrage de l'*Anatomie philosophique*. M. Geoffroi-Saint-Hilaire a dit que les monstruosités avaient lieu par une espèce de tirage sur les organes au moyen de brides allant du fœtus au placenta.

Voit-on d'abord toujours ces brides ou leurs vestiges? mais supposons-les : n'auraient-elles pas pu suivre le vice de conformation du fœtus, comme on voit dans le cerveau des poches se former consécutivement à son arrêt de développement? Mais que ces brides aient précédé la formation du fœtus, où a-t-on trouvé des brides organiques inextensibles? Accordons-leur encore cette propriété impossible à rencontrer, pourra-t-on pour cela expliquer le phénomène? car si la loi subsiste, elle doit être générale pour toute espèce de brides. Que penser alors du fait particulier de cyclopie qui nous occupe, cas dans lequel nous avons vu une bride allant de la base du cordon ombilical à l'estomac, et qui n'a pas empêché l'estomac de faire hernie à travers de diaphragme, dans un sens opposé à celui dans lequel il était retenu? Je dirai plus : admettons leur action comme évidente, supposons-la même douée de la plus grande énergie : comment une bride portée sur l'appareil olfactif pourra-t-elle, à la fois, déterminer une hernie de l'estomac et rendre les pieds *valgi*?

Quelle est donc la cause de cet arrêt de développement? Mais avant d'aller plus loin, examinons si les données que nous avons pour résoudre un semblable problème rendent sa solution possible. Exposons d'abord les axiomes sur lesquels nous nous basons pour arriver à la recherche de la vérité. Nous savons très bien que dans l'état du développement, même le plus complet, du corps de l'homme et des animaux, on croirait voir deux êtres qui se sont accolés l'un à l'autre. Cette symétrie, admise pour la vie de relation, a même été démontrée pour la vie organique, comme on peut le voir dans un mémoire consigné dans la *Revue encyclopédique*. Cette séparation, qui subsiste dans nos organes, existe aussi dans leurs fonctions. En effet, ne savons-nous pas que ces deux êtres ont une vie qui leur est propre, individualisée, si j'ose dire, dans les deux parties du corps, comme on peut le voir en analysant dans chacune d'elles les phénomènes de la vie, même ceux qui paraissent au premier abord les plus indivisibles, tels que l'innervation et la nutrition. En effet, une moitié du corps ne prédomine-t-elle pas toujours en volume sur l'autre, comme, dans certains cas de monstres doubles, on voit un des individus accolés devenir plus fort que celui auquel il est adjoint? Maintenant si nous adoptons cet accollement de deux individus, isolés dans leurs fonctions, mais réunis pour leur harmonie, ne serons-nous pas portés à penser que : « la loi de formation marche entre » deux extrêmes; la séparation et la fusion, plus ou moins » complète, des deux individus. »

Alors nous voilà ramenés aux lois générales d'attractions et de répulsions, au-delà desquelles il n'est plus d'explications possibles; et alors notre problème reste sans solution, car c'est le *nec plus ultrà* de toutes les sciences physiques. Que cette loi s'exerce sur des masses, dont notre imagination peut à peine se figurer le volume, et que nous l'analysions dans les lois de gravitation des corps célestes, ou bien que, dans des élémens plus simples et plus à notre portée, nous cherchions à découvrir son essence dans les phénomènes d'endosmose et d'exosmose observés dans les actes physiologiques de la digestion, de la circulation, de la sécrétion, ou même, pour réduire ce fait à sa plus simple expression, portons notre attention sur l'affinité et la cohésion; les élémens du problème étant moins complexes, la solution pour cela en sera-t-elle plus facile? Au delà de l'observation des faits, prenons garde de ne trouver que ce que notre imagination inventera, ou bien des théories d'atômes crochus viendront témoigner de notre faiblesse.

Ce n'est pas toutefois que je réduise l'action du nisus formativus à des attractions et des répulsions; car, de même que la pesanteur, l'électricité, n'excluent pas d'autres propriétés de la matière, de même aussi une loi observée du système qui constitue le nisus formativus n'exclut pas d'autres actions qui, bien que moins énergiques, donneront par suite moins souvent lieu à des monstruosités, mais ne laisseront pas cependant d'être des manifestations d'une des manières d'être de la loi de formation. Ainsi, je pourrais citer, pour exemple, la transposition des viscères, qui n'est pas un état pathologique, ni un arrêt de développement.

Ce n'est pas que je pense non plus qu'on doive négliger l'étude du nisus formativus; les travaux des Blumenbach, Meckel, etc., joints aux observations que l'on pourra faire et qui ont été faites sur les monstruosités, par Tiedman, Lieben, Bianchi, et dans notre pays par MM. Geoffroi-Saint-Hilaire, Béclard, Breschet, Magendie, pourront peut-être, en surprenant la marche de la nature dans ses aberrations,

nous conduire alors à une théorie qui s'approchera beaucoup de la vérité, comme les physiciens y sont arrivés pour les théories des fluides impondérables.

Aussi, en admettant que je me sois trompé sur la manifestation d'une des lois du nisus, en y voyant de véritables phénomènes d'attractions et de répulsions, j'aurai encore indiqué une erreur à éviter.

Jusqu'à présent, je n'ai fait qu'énoncer le principe de la loi; étudions son application aux divers genres de monstruosités, qui sont en quelque sorte l'analyse des phénomènes, dont l'état normal est la synthèse.

Si le principe de *dissociation*, de répulsion, a prédominé dans la formation de certains individus, alors, sur la ligne médiane, nous aurons une séparation, et dans cette classe rentreront toutes les non-réunions d'organes symétriques.

Mais chez d'autres monstres, si l'équilibre a été rompu, et que le principe d'attraction, de fusion, l'ait emporté, alors l'action aura pu s'exercer sur un seul individu ou sur plusieurs, et dans le premier cas, il en aura pu résulter une fusion de deux organes ordinairement séparés, ou même, si la cause a agi avec plus d'intensité, leur absence complète; et alors il y aura fusion d'organes plus éloignés. L'action s'exerçant sur deux individus, agira comme sur deux organes qui auraient pu vivre d'une manière séparée, mais que des causes inappréciables à l'esprit humain, ont forcés, sous l'influence de cette loi, à se réunir; et nous aurons toutes les nuances des monstres doubles, depuis la fusion la plus complète jusqu'à de simples adhérences, dernier cas non encore trouvé, parce que cette force d'association étant un écart de la loi générale, ne peut pas exister sans un certain caractère d'énergie. Ce qui explique comment un trouble semblable porté au nisus formativus n'est pas sans retentissement dans toute l'organisation, et pourquoi les désordres extérieurs sont si souvent accompagnés d'anomalies des organes intérieurs, fait qui n'avait pas échappé à l'observation de Blumenbach.

Comme corollaires de cette loi d'aberration du nisus, nous verrons la fusion donner lieu à des produits de forme symétrique, et la séparation à des produits asymétriques. Cette loi d'asymétrie, qui préside à la formation des parties latérales, porte avec elle un caractère d'énergie telle que les monstruosités, qui viennent se greffer sur elles, y obéissent aussi.

Quoi qu'il en soit, les monstruosités symétriques ou asymétriques peuvent se rattacher à un seul chef, savoir, une tendance de l'organisation à se simplifier, et, dans ce but unique, nous lui verrons suivre deux voies; l'une tendant à rendre toutes les parties latérales homogènes dans leur structure, et dans cette classe rentrent toutes les variétés anatomiques, rapprochant les parties supérieures des inférieures; l'autre voie, dans laquelle l'organisation des êtres les plus compliqués s'assimile à celle des animaux les plus simples, et dans cette classe viennent se ranger les vices par absence, puisque le nombre des organes croît en raison directe de la perfection de l'organisation.

Cherchons maintenant l'application de ces principes dans l'observation du cas spécial qui nous occupe: étant une fois convenu que la poche rencontrée n'est pas une maladie, dans l'état du cerveau et de la cyclopie nous ne verrons pas une conséquence de l'anarinie, mais bien un effet simultané d'une même cause, simplement un rapprochement des parties molles et des parties dures: ainsi le corps celluleux a disparu par fusion, comme les fosses nasales; de là est résulté un trouble dans la fonction des parties destinées à apporter les matériaux de la substance cérébrale. Aussi nous nous abstiendrons de toute déduction physiologique ou anatomique, fondée sur ce que nous avons trouvé dans le cerveau, car la fusion a donné lieu à un produit pathologique, composé d'élémens hétérogènes; comme la cicatrice d'un moignon. Notons seulement que l'extrémité céphalique du système nerveux était affectée simultanément avec la boîte qui le contient; car la protubérance annulaire, le cervelet, la moelle alongée n'ont pas subi de modifications, ainsi que la partie postérieure de la cavité cranienne.

Les enveloppes solides du cerveau avaient été cependant peu modifiées; on rencontrait au crâne tous les os dont il se compose ordinairement; seulement, par suite du rapprochement des parties latérales et du manque d'espace nécessaire au développement des os placés sur la ligne médiane, l'on avait vu leurs élémens se dissocier, et, dans ce refoulement, l'éthmoïde chassé en avant entre les os frontaux.

L'ethmoïde, jusqu'à ce jour, n'avait pas été rencontré dans les cas analogues; peut-être cela est-il dû à ce que l'on n'avait pas encore observé un vice de conformation des fosses nasales aussi peu avancé. Et cependant l'appareil de la vision s'offrait à un des degrés les plus éloignés de l'état normal, ce qui prouverait que l'anarinie n'est pas subordonnée à la cyclopie; aussi la dénomination de rhinencéphale, donnée au fœtus n'ayant qu'une seule cavité orbitaire, est-elle mauvaise. Le changement de disposition des os du crâne a aussi apporté une modification dans leur structure: ainsi, ceux placés sur la ligne médiane, pressés sur les parties latérales, et recevant malgré cela les mêmes matériaux nutritifs, se sont étendus en longueur, rencontrant dans ce sens moins d'obstacles, par suite de l'état rudimentaire de l'ethmoïde. Pour les autres os des parties latérales, comprimés dans tous les sens, leur volume a diminué, mais leur densité en a augmenté d'autant, comme dans l'anencéphalie.

Nous venons de reconnaître dans l'étude de la cyclopie une des lois du nisus, la fusion, puis la symétrie du produit. Dans les altérations de l'organe de la vue et de l'odorat, examinons les derniers embranchemens de la loi d'organisation tendant à se simplifier. Ainsi l'organe de la vision a été réduit à ses élémens les moins complexes: le nerf de la cinquième paire est devenu un nerf spécial des sens, et le nerf de la troisième paire, le seul nerf de locomotion, aberration de l'organe de la vision qui constitue l'état normal du *Proteus sanguineus* comme Renolds Tréviranus l'a établi, en redressant l'erreur anatomique commise par ceux qui pensaient que la taupe n'avait pas de nerf optique.

Dans l'organe de l'olfaction, nous allons voir l'organisation, pour se simplifier, suivre une autre voie, en rendant les extrémités supérieures plus analogues aux inférieures. Les anatomistes, comme tout le monde le sait, et, entre autres, Meckel et Blumenbach, ont saisi les analogies qui existent entre les membres supérieurs et les inférieurs; pour celles

qu'ils ont les deux extrémités du tronc, ils n'avaient fait que les énoncer en partie, leurs rapports étant moins frappans. Aussi dans les cours, si l'on vient à faire de semblables rapprochemens entre la face et le périnée, pour habituer les auditeurs à de semblables idées, on leur ménage habilement les transitions, en comparant la tête à la queue, chez les vers, les sangsues, et par degrés on arrive à leur montrer chez des êtres plus compliqués, d'abord l'analogie de position, à l'une des extrémités du tronc, la face étant placée, comme le périnée, au-dessous du système nerveux et de ses enveloppes membraneuses et osseuses, entre deux appendices thoraciques dont l'analogie est complète avec les appendices abdominaux. En poursuivant la comparaison dans les détails, vous voyez le canal intestinal environné de poils à ses deux orifices, et recevant là l'insertion des muscles de la vie de relation qui viennent se grouper autour de lui pour l'accomplissement de ces dernières fonctions; sans parler d'autres analogies plus minutieuses du système circulatoire et nerveux, formant des anses placées entre les renflemens vertébraux céphalique et caudal, tels que l'anastomose du grand sympathique au ganglion médian naso-palatin analogue du coccygien, et l'abouchement des artères et veines, les palatines et faciales, ayant la plus grande analogie par leur position, leur direction, avec les vaisseaux sacrés. Une chose embarrassait les anatomistes, c'était de placer le penis: quelques-uns avaient bien tenté de le comparer au nez, mais la dissemblance était trop criante dans l'état normal. Il n'en est pas ainsi dans certaines circonstances pathologiques, où la fusion des parties latérales de la tête, en resserrant la boite osseuse, rend les corps des vertèbres, représentés par les corps du sphénoïde et de l'occipital, plus alongés, la cavité cranienne plus rétrécie, et par suite les extrémités destinées à loger les centres nerveux plus analogues; et du cas de cyclopie qui nous occupe, il n'y a qu'un degré de fusion plus avancé dans lequel on trouve un véritable coccyx.

Pour l'analogie que présentent les parties molles, elle est des plus complètes, car je n'apprends à personne que, dans la cyclopie, le nez ressemble à un pénis. Cette analogie de forme n'a pas échappé à Meckel; Tiedman, Delaroche; mais poursuivons, pour nous convaincre encore plus de ce que j'avance. On se rappelle que, dans notre fœtus, il y avait un gland, un corps comme à la verge; nous ne serons pas non plus embarrassés du squelette que nous avons décrit: ce sera l'analogue de l'ostéide que l'on trouve dans le pénis de certains animaux, chez lesquels l'absence des vésicules séminales rendait, pour un coït prolongé, une semblable disposition nécessaire. Nous avons trouvé aussi un canal terminé en cul de sac, comme la vessie, dans lequel des follicules muqueuses remplissaient les fonctions d'organes sécréteurs.

Sans parler encore des liaisons symphatiques qui existent entre le développement relatif de ces deux organes analogues, observation qui n'a pas échappé au vulgaire, et qui se trouve formulée dans un proverbe latin, que tout le monde connaît; à l'état normal, nous verrons que le nez, sous l'influence de certaines stimulations, peut donner des sensations plus ou moins analogues à celles que procure l'organe excitateur de la génération, et c'est de même un sens que l'habitude émousse, comme vous en avez l'exemple trivial sous vos yeux.

Si vous examinez la réaction que ces deux organes exercent sur les autres, vous ne serez pas peu étonné de leur voir parcourir le même cercle; ainsi tous deux ont une action sympathique sur le système gastro-pulmonaire et circulatoire, dont ils peuvent accélérer ou ralentir l'action; ils peuvent déterminer une excitation si vive du système nerveux qu'elle puisse devenir mortelle, ce qui n'existe pas pour les autres sens. Maintenant remarquez comme ils sont unis dans leurs relations avec la génération; ne sont-ils pas tous les deux des organes d'excitation chez certains animaux? Ai-je besoin de vous parler du musc, du castoréum, ou bien d'un animal domestique, le chien? La nature a donc seulement fait varier la forme des organes d'excitation, entre la sphère d'action desquels elle a placé l'individu à exciter.

La face est donc dans tous ses élémens l'analogue du périnée, et la loi des vices de conformation trouve son application tout entière, car, en terminant cette comparaison de l'extrémité supérieure avec l'inférieure, nous pourrons encore trouver dans cette poche muqueuse à une seule ouverture, la conformation normale de l'appareil olfactif de la salamandre à l'état de poisson.

DE LA GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE CHEZ LES NÈGRES,

Vulgairement appelé *mal d'estomac* ou *mal-cœur*;

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE

Par M. SÉGOND, D. M. P.,

chirurgien-major de la marine à Cayenne (Guiane française).

Si cette classe d'hommes qui, à la honte de la civilisation, féconde nos colonies sous le nom d'*esclaves*, si ces nègres, dont le crime originel est d'avoir la peau noire, n'inspirent aucun intérêt comme membres de la famille humaine, ils doivent du moins en inspirer à leurs cupides possesseurs comme valeur représentative, comme meubles de prix; et cependant la médecine des nègres est encore à faire. Habitués à les considérer comme des espèces d'animaux confinant à la brute, les colons traitent les nègres à peu près comme les maquignons traitent les chevaux; et, comme dans ces organisations abruties et vivaces, les maladies minent lentement les forces, on ne s'occupe d'eux que lorsque l'organisme succombe. La débilité, qui devient alors le symptôme dominant, sert de prétexte aux médications incendiaires qui ne raminent un instant l'énergie que pour replonger l'économie dans un collapsus dont la mort est le terme, et qui désormais est au-dessus des ressources de l'art.

Déçus par le brisement des forces que détermine l'influence prolongée d'une haute température, vaincus par la ténacité des préjugés coloniaux, les médecins finissent par se soumettre aux exigences de la coutume; et, soit faiblesse, soit habitude, continuent de suivre les errements de la tradition, sans soucis des résultats dont l'opinion les absout d'avance.

Il fallait qu'un jeune médecin imbu des principes de la médecine moderne, indépendant par sa position, plein de zèle pour son art et d'amour pour l'humanité, vînt enfin rompre en visière à de si funestes abus, et soumettre à l'analyse une insidieuse maladie, jusque-là méconnue et abandonnée au plus aveugle empyrisme.

Comme le plus haut degré de la maladie est marqué par des symptômes gastriques et des désordres circulatoires, palpitations, défaillances, etc., le vulgaire lui a donné le nom de *mal d'estomac* ou *mal-cœur*. Il n'en fallait pas davantage pour mettre sur la voie un médecin pénétré des principes de l'école physiologique, et le docteur Ségond, étudiant dans toutes ses phases la misérable existence du nègre, est parvenu, au moyen de l'analyse, à rationaliser cette bizarre affection. De constitution lymphatique, entachés de vices originels, soumis à une alimentation grossière, adonnés à tous les excès et livrés aux plus rudes travaux, les nègres sont en quelque sorte dans une prédisposition maladive permanente, et les causes déterminantes ne manquent pas.

Débutant ordinairement sous forme chronique, la maladie d'abord échappe à l'investigation, est exaspérée par les toniques ou les évacuans, et ce n'est que lorsque le marasme, l'anasarque et l'impuissance musculaire absolue ont abattu le malade, qu'on s'occupe sérieusement du mal; mais alors son origine et son essence sont le plus souvent méconnaissables. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de toutes les nuances de cette maladie. Les caractères anatomiques ne sont pas étudiés avec moins de soin : M. Ségond sait parfaitement apprécier la filiation des phénomènes, et isoler les lésions secondaires de celles qui constituent l'essence primitive du mal. Ici l'on rencontre toutes les formes d'altérations chroniques des voies digestives, depuis la rougeur vive jusqu'à l'atrophie et au ramollissement blanc, qui, pour l'auteur, sont encore des résultats de l'irritation. Au sujet du traitement, M. Ségond commence par exposer les dangers de la pratique vulgaire, puis il développe les règles du traitement rationnel, qui consiste, avant tout, dans l'application des lois de l'hygiène, puis dans celle des antiphlogistiques proportionnés à l'acuité et à la durée de la maladie; il tient compte de la constitution molle et débile pour employer à propos de légers toniques. Les épiphénomènes, tels que les désordres du cœur, la dyspnée, les épanchemens séreux fixent son attention. Il n'exclut pas même le calomel, mais appliqué au gros intestin. La prophylaxie lui donne occasion de proposer des améliorations d'une incontestable utilité; enfin, pénétrant dans l'essence de la maladie, il déroule avec habileté le mécanisme et l'enchaînement des symptômes, et tire un des plus puissans argumens, en faveur de l'irritation, de l'influence même du traitement qu'il propose, comparée à celle des traitemens usités.

L'introduction d'un placenta et de son cordon dans le vagin est-elle possible, hors le temps de l'accouchement, et peut-elle, dans certains cas, faire supposer un accouchement réel?

Thèse par M. NESTOR PELLASSYP (aris, 1833).

La dissertation de M. N. Pellassy, déjà remarquable par son titre, nous a frappé par son originalité. Elle sort réellement de la ligne. Ce n'est plus dans des sentiers battus que le lecteur se trouve engagé. Des aperçus nouveaux naissent naturellement du sujet même de cette thèse, si la question peut être posée et résolue affirmativement, comme nous sommes tentés de l'admettre avec l'auteur.

Passant en revue les nombreuses circonstances qui peuvent engager une femme à vouloir simuler une grossesse, et par suite un accouchement, M. Pellassy est conduit à examiner si l'organisation du vagin peut, hors le temps de l'accouchement, se prêter à une dilatation assez considérable pour recevoir dans sa cavité un corps aussi volumineux que l'est un placenta. Cette possibilité lui est, du reste, démontrée par les expériences probantes qu'il a faites, en introduisant sur douze cadavres de femmes, puis sur six sujets vivans, au moyen d'un spéculum, des placenta qui venaient d'être extraits.

Avant cette tentative, le fait connu de la grande dilatation du vagin, par le tamponnement, les éponges préparées et des pessaires d'une grosseur vraiment monstrueuse, avait déjà fait pressentir à l'auteur qu'il serait possible d'introduire dans le vagin, hors le temps de l'accouchement, un délivre et son cordon.

Nous sentons fort bien que l'excessive dilatabilité des organes génitaux de la femme, et qui peut être aidée encore par l'usage longtemps continué des corps huileux et relâchans, est propre à faire naître l'idée de mettre à profit cette circonstance. Nous regrettons seulement qu'à l'appui de cette démonstration, l'auteur ne puisse nous signaler aucun fait de supposition de part où l'on aurait eu recours à ce moyen; toutefois il rappelle qu'en 1772, le Châtelet de Paris eut à punir un délit de supposition de part, dont nous ignorons les particularités.

Si l'on réfléchit aux motifs puissans qui peuvent engager un femme à vouloir en imposer, on concevra facilement que, dans des circonstances données, cette idée puisse lui venir ou lui être suggérée par des personnes que réunit le même intérêt. Parmi ces différens mobiles, qui varient suivant les classes de la société, nous rapporterons les suivans :

Une femme, qui doit à son mari une fortune considérable, une position brillante dans le monde, est sur le point, par la mort présumée de son époux, de passer de l'opulence à une affreuse misère, du sein des grandeurs à un état obscur; à cette idée désastreuse, son orgueil se révolte, son imagination recherche et accueille avidement tous les stratagèmes qui pourront lui faire conserver les avantages de sa position; elle peut songer alors à se déclarer enceinte, et à prendre en conséquence toutes les dispositions relatives à son faux accouchement, présenter, en temps opportun, un nouveau-né dont elle dira être accouchée, en faisant constater que le délivre et le cordon sont encore renfermés en entier ou en partie dans le vagin, si même l'enfant ne se trouve pas suspendu au cordon. L'époque des règles peut ensuite concourir à simuler les suites de couches. Le mari, qui n'a conçu aucun soupçon sur sa femme, sera lui-même le premier abusé, et peut-être sera-t-il encore le premier à refuser au médecin que l'on aura fait appeler, un examen subséquent, prétextant la vive sensibilité de sa

femme, qui déploiera tous les faux dehors d'une pudeur alarmée, comme cela se pratique dans ce que l'on est convenu de nommer le grand monde.

Dans une condition encore plus élevée, la fraude sera peut-être plus facile. Supposons, par exemple, un *intérêt de dynastie* : tout est prévu, convenu d'avance... La princesse dont on veut un rejeton mâle, se soustraira aux regards trop clairvoyans ; elle s'accommodera de manière à déguiser son artifice pendant neuf mois ; puis au terme fixé pour l'accouchement, la femme sera dite avoir été surprise par les douleurs de l'enfantement, après avoir mis au monde, en une ou deux douleurs feintes, l'enfant supposé. Arrivés trop tard, les témoins et l'accoucheur lui-même ne pourront plus assister qu'à la délivrance. Cependant comme la femme présente *des indices apparens, et soi-disant certains d'un accouchement récent (le placenta étant encore engagé dans le vagin)*, aucun doute ne s'élevera dans l'esprit des assistans, et le but aura été atteint, même auprès du prétendant dont la position motivait plus de défiance.

Il n'est pas besoin de dire que, pour un esprit circonspect, cette fraude serait toujours assez facile à découvrir.

La thèse de M. Pellassy a donc pour objet de dévoiler les artifices auxquels une femme pourrait avoir recours, et d'indiquer aux accoucheurs et aux sage-femmes les moyens d'investigation propres dans tous les cas à faire découvrir la supercherie, et à empêcher de se laisser prévenir par des apparences plus ou moins spécieuses.

Cette question nous paraît d'autant plus importante, qu'on s'est assez peu occupé en législation, comme en médecine légale, des cas de *supposition de part*. Toute la sollicitude des légistes semble s'être concentrée plutôt sur le délit de *substitution*, et surtout celui de *suppression de part*, et aussi sur le crime d'*infanticide*.

La bonne foi avec laquelle M. Pellassy a examiné cette question médico-légale, fait espérer qu'il n'aura point encouru le reproche de fournir par ce travail de nouvelles armes à la fraude, puisqu'à côté de ces stratagèmes se trouvent indiquées les règles invariables de prudence et de circonspection qui doivent faire éviter l'erreur.

L'originalité de cette dissertation a probablement eu sa source dans l'appréciation du caractère moral de la société actuelle, où nous voyons journellement l'intérêt privé être l'unique mobile des actions. Au reste, cette question délicate se rapproche de celle qui, après une espèce de réprobation morale, vient d'être reproduite et mieux appréciée, je veux parler de la question qui a pour objet : l'accouchement prématuré artificiel, que réclame, dans certains cas, la position de la mère et de l'enfant. B. VOISIN.

(TOXICOLOGIE.) *Mémoire sur l'*ACIDE OXALIQUE, *lu à la société médico-botanique de Londres, le* 26 *mars* 1833,

Par J. CLENDINNING, M. D., professeur de toxicologie.

L'acide oxalique n'est guère connu des toxicologistes que depuis vingt ans. Ses propriétés chimiques avaient attiré l'attention plusieurs années auparavant ; mais je ne connais aucun fait de mort ou d'accidens causés par lui, avant 1814. Dans l'un des numéros du *London medical Repository* de cette année, on trouve un cas d'empoisonnement par cet acide, rapporté par M. Royston ; je ne sache pas non plus que ses qualités nuisibles aient été l'objet de recherches expérimentales avant 1815 ; c'est dans cette année que le professeur Thompson publia, dans le recueil ci-dessus, le détail de trois expériences sur ce poison, accompagnées de considérations pathologiques et chimiques importantes. Mais le travail le plus complet sur ce sujet, sous les rapports physiologique, pathologique, chimique et pratique, est celui des docteurs Coindet, et Christison, publié dans le 99e volume de l'*Edinburgh medical and surgical Journal*. Sur le continent, les sels apéritifs, auxquels l'acide oxalique ressemble, sont peu employés, particulièrement en France, de sorte que les accidens qu'il peut produire y sont rares ; aussi les principaux traits de l'histoire de ce poison sont-ils dus aux écrivains anglais. Depuis ces dernières années, le docteur Pommer, en Allemagne, en a fait l'objet de ses recherches, et en a consigné les résultats dans le *Salzburgh medicinisch-chirurgische Zeitung* pour 1828 ; mais les résultats obtenus par le docteur Pommer sont surtout recommandables, comme confirmation des travaux des docteurs Coindet et Christison.

Depuis 1814, le sel oxalique s'est distingué comme poison, et a peut-être causé plus de morts imprévues qu'aucun autre. La fréquence de ces accidens est due à plusieurs causes : il porte un nom peu alarmant ; un composé qui consiste en un tartrate uni à un oxalate de potasse, est connu vulgairement sous le nom de *sel essentiel de citrons*. Il est employé dans les ménages pour enlever les tâches d'encre, pour éclaircir les harnais, et par les teinturiers, pour la préparation des cotons. Mais ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est sa ressemblance perfide avec le sel apéritif, vendu communément en détail, sous le nom de *sel d'Epsom*. Sous ce nom circulait généralement, jusqu'à ces derniers temps, un mélange de sulfate de magnésie et de soude, qui pourrait être facilement pris pour l'acide oxalique et réciproquement. L'acide ressemble à ce sel pour la couleur, la solubilité, quoiqu'il exige cependant une proportion d'eau beaucoup plus considérable, et pour la forme de ses cristaux.

Quoiqu'il soit connu depuis peu d'années par les chimistes eux-mêmes, comparativement aux autres acides, l'acide oxalique est abondamment répandu dans la nature. On le trouve dans une foule de végétaux : dans le persil, la bistorte, le fenouil, la gentiane rouge, la racine de réglisse, la mandragore ; quelques espèces d'iris, la scille, la tormentille, la valériane, le gingembre, et d'autres plantes communes. Il a aussi été découvert dans plusieurs écorces, comme la canelle blanche, la cinnamone, la cascarille, l'écorce de quassia, de chêne, de simarouba, d'orme, et plusieurs autres. Dans toutes ces racines ou écorces, il existe à l'état d'oxalate de chaux. Dans une variété de lichens de l'espèce crustacée, que l'on trouve dans des lieux arides, au sommet des montagnes, ce sel existe dans de fortes proportions. Il semble, chez ces plantes végéto-minérales, remplir l'office du phosphate de chaux chez l'homme ; il leur donne la rigidité

qui leur est si nécessaire dans leurs régions favorites des tempêtes et des grêles. Braconnot a trouvé dans quelques échantillons, qu'il y entrait dans une proportion de cinquante pour cent. Chacun connaît le goût acide de plusieurs oseilles. L'oseille des bois (*rumex acetosa*) croît dans tous les bois humides, dans les lieux ombragés, souvent le long des chemins. L'oseille commune (*acetosella oxali*), qui a donné son nom au poison qui nous occupe, est très employée, particulièrement en France, comme assaisonnement; cette plante doit son agréable saveur acide à l'hyperoxalate de potasse qu'elle contient. Le pois chiche (*cicer parietinum*), qui entre comme ingrédient dans l'*olla podrida* des Espagnols, contient une certaine quantité d'acide oxalique pur; c'est la seule plante où il existe libre de toute combinaison. Beyeux s'est assuré, en coupant la chevelure de cette plante, que cette partie ainsi entamée laisse couler de l'acide oxalique pur en dissolution. Un remède vulgaire, la rhubarbe, contient, d'après Henry de Paris, plus de trente pour cent d'oxalate de chaux. On le trouve assez fréquemment dans la vessie de l'homme, sous le nom de *calcul mural*.

Mais l'acide oxalique du commerce n'est tiré d'aucune de ces sources : elles sont trop peu abondantes. On l'obtient par la distillation de l'acide nitrique sur des subtances animales et végétales, principalement le sucre. Il a été obtenu par ce procédé avec le miel, la gomme arabique, l'alcool, et certains calculs animaux, par Bergman; avec la partie non cristallisable du jus de citron, par Scheele; avec l'acide des cerises par Hermbstadt; avec le bois de hêtre, par Cotting; avec l'acide et les contenus saccharins des groseilles, des citrons, des cerises et des framboises, par Westrumb; avec la soie, les cheveux, les tendons, la laine, le caillot du sang, l'albumen de l'œuf, l'amidon et le glutic, par Berthollet. Enfin Gay-Lussac, et un de mes amis, professeur de toxicologie, l'ont obtenu en soumettant une substance animale à l'action de la potasse caustique.

Effets physiologiques. — L'acide oxalique agit comme poison local ou comme poison général ou constitutionnel, suivant la dose et le mode d'administration. S'il est pris concentré et à forte dose, comme une once ou plus, il est rapidement mortel, et tue par syncope. De même qu'une boisson froide, prise après un violent exercice dans une atmosphère très chaude, ou, comme un coup violent sur l'estomac, il porte une atteinte immédiate et irréparable aux propriétés vitales des organes; il produit une gastrite du caractère le plus redoutable et le plus rapidement fatal, accompagnée de l'affaiblissement de l'action du cœur et d'un évanouissement promptement mortel, ressemblant au collapsus du choléra. Examinant le cadavre peu de temps après la mort, on trouve l'estomac assez semblable à celui des malades morts de la fièvre jaune; il est fortement injecté; sa membrane muqueuse enflammée offre des escarrhes gangréneuses; il contient des matières semblables à du marc de café, des liquides, etc. Si l'examen cadavérique est retardé de plusieurs heures, et surtout s'il est retardé d'un jour ou deux, les tuniques muqueuses et musculaires, et le tissu cellulaire interposé, sont corrodés par l'acide, s'il a été avalé dans un état de concentration, et réduit en bouillie gélatineuse, ou même entièrement dissous. Dans quelques cas, le péritoine participe en partie à la décomposition chimique. On observe toujours une injection fine de la tunique séreuse, et de ce qui a échappé à la désorganisation, et cette injection s'étend dans le canal alimentaire. Aucun autre organe que l'estomac ne présente nécessairement une lésion organique, et il y a même des cas où l'acide oxalique était concentré, et où le viscère était exempt d'altérations. Il est remarquable que les intestins souffrent rarement beaucoup, et que ces déjections sanguinolentes que l'on s'attend à voir, ont été rarement observées. Quand la mort a eu lieu par syncope, le cœur a perdu toute son irritabilité, et ses cavités gauches sont pleines de sang veineux; mais si on injecte l'acide dans les veines, et même dans une veine considérable, il ne produit aucune altération du sang, suivant Coindet et Christison. Ce fait a été confirmé par Pommer (*Marx, gift. Lehre*, 2te *abtheilung*, *B.* 167), qui a trouvé que la consistance, la couleur et l'artérialisation du sang n'en sont en rien altérées. La mort peut suivre l'ingestion du poison de quelques minutes, et rarement elle se fait attendre plus d'une heure ou deux. Les docteurs Christison et Coindet, dans l'ouvrage cité, disent qu'ils ont vu un animal expirer en deux minutes, après l'ingestion d'une forte dose de cet acide. Si l'acide oxalique est très étendu, il n'agit plus comme un violent irritant local, il produit peu de douleur épigastrique, dans quelques cas point de gastrite, mais, toutes choses égales d'ailleurs, il est encore plus rapidement fatal. Les docteurs Christison et Coindet affirment qu'une petite quantité d'acide oxalique tue un animal dix ou douze fois plus promptement, quand il est étendu, que quand il est concentré; il est alors plus facilement absorbé, et détruit la vie par syncope, tétanos ou coma, suivant la quantité introduite dans l'économie animale. Il semblerait, d'après Christison, que la syncope est le mode de mort déterminé par une forte dose du poison étendu, le tétanos par une dose moins considérable, et le coma par la plus petite quantité possible, qui puisse donner la mort. Les effets de l'acide étendu ont été trouvés les mêmes, quel que soit l'organe qui le reçoit, la plèvre, le péritoine, les poumons, l'estomac, etc. Comme la plupart des autres poisons, il est surtout mortel quand il est injecté dans les vaisseaux sanguins; et cependant le sang avec lequel il a été mêlé, semble parfaitement normal et sans altération, et dans ces expérimentations on n'en a pu découvrir aucune trace dans le cœur et les gros vaisseaux, lors même qu'on les examine presque immédiatement après l'injection du poison. Le docteur Thompson, il est vrai, croit avoir reconnu la présence d'un acide dans le sang contenu dans le cœur, parce que ce sang rougissait le papier bleu; mais il est probable, d'après Christison et Coindet, que le docteur Thompson, et le docteur Percy, qui pense comme lui, se sont laissé induire en erreur, en ne tenant pas compte de la coloration produite sur le papier par la matière colorante du sang, et que MM. Christison et Coindet ont toujours fait disparaître par le lavage. Ainsi nulle trace du poison ne peut être trouvée dans les sécrétions et les excrétions, quand il est injecté dans les vaisseaux sanguins, et une si rapide disparition fait penser qu'il est immédiatement décomposé.

La seule lésion organique appréciable dans les cadavres

des personnes qui ont été empoisonnées par cet acide très étendu, sont un cœur pulmonaire flasque et quelques traces de gastro-entérite.

Le traitement consiste à remplir l'estomac aussi promptement que possible, de magnésie ou de craie suspendue dans l'eau; la magnésie est préférable, parce qu'elle ne donne lieu au dégagement d'aucun gaz. Si ce moyen peut être employé assez promptement, l'acide est neutralisé; il se forme un sel insoluble, et le danger est passé. Christison dit qu'il faut réduire en poudre du mortier et l'avaler, si on n'a pas de magnésie ou de craie sous la main. Si l'on ne peut se procurer aucun de ces contre-poisons, il faut faire vomir, ou se servir de la pompe stomacale, sans délai, car la perte d'un seul instant rendra tous les efforts infructueux. Dans le cas d'une gastrite, le traitement antiphlogistique est indiqué, après que les symptômes inflammatoires sont domptés, l'usage de l'opium, de l'alcool, ou d'autres calmans et stimulans pourra être nécessaire, suivant les symptômes, tels que le froid de la surface du corps, l'extrême faiblesse ou l'absence du pouls, etc. Dans quelques cas, où les symptômes locaux sont plutôt ceux de l'irritation que de l'inflammation, et dans la plupart des cas où l'empoisonnement est dû à l'acide très étendu, les médicamens de l'ordre indiqué en dernier lieu peuvent être utiles, sinon dès le début, au moins lorsqu'on croit être sûr qu'il n'y a plus d'acide libre dans l'estomac. Avant de quitter ce sujet, il est bon de prévenir les praticiens contre l'emploi des alcalis proprement dits (perfect alcalies). Il est reconnu en toxicologie que les poisons qui agissent par absorption, et indépendamment de l'irritation locale, sont nuisibles dans toutes leurs combinaisons solubles. De plus, il a été éprouvé que les composés d'acide oxalique avec l'ammoniaque ou la potasse ne sont guère moins funestes que l'acide pur. Les alcalis pourraient donc tout au plus diminuer ou prévenir la lésion locale qui résulte de la concentration du poison, avantage qui serait plus que balancé par leurs propriétés irritantes, particulièrement pour l'ammoniaque, et d'ailleurs parce qu'ils favoriseraient l'absorption en prévenant l'inflammation.

JOURNAUX ITALIENS.

—

Phonospasmie, nouvelle sorte de névrose non encore décrite; par le docteur SEMOLLA. — Quelque étendue que présentent les catalogues nosologiques, ils ne peuvent cependant comprendre toutes les formes si variées et presqu'infinies des maladies. Aussi s'en manifeste-t-il de temps en temps qui viennent surprendre par leur nouveauté les praticiens les plus érudits et ceux qui ont le plus d'expérience. On doit ranger parmi ces cas extraordinaires la singulière affection que vient de décrire dans un mémoire le docteur Semobla, affection observée par lui sur un malade de l'hôpital des Incurables de Naples. Un jeune homme d'une bonne constitution, et qui paraissait d'ailleurs en parfaite santé, était constamment pris de fortes convulsions générales dès qu'il voulait émettre des sons ou prononcer des mots (1). Cet état de dépendance des convulsions, par rapport à la voix, établissant le caractère principal de la maladie, détermina l'auteur à lui donner le nom de phonospasmie pour la distinguer des autres névroses. Une chose digne de remarque, c'est que les convulsions duraient seulement tant que le malade persistait à faire usage de la voix; hors de là tout rentrait dans l'état normal. Il y avait déjà trois jours depuis l'apparition du mal, et cependant il pouvait poursuivre son métier de portefaix, en s'astreignant à garder le silence pour ne pas éprouver de spasme durant son travail. Les convulsions se propageaient aux muscles extenseurs du cou, du tronc et des membres, qui, vibrant, pour ainsi dire, se redressaient en serrant les pieds l'un contre l'autre, et rapprochant le bras des côtés. Pour représenter avec plus d'exactitude la forme de ces convulsions, l'auteur les compare à celles des grenouilles convenablement préparées et soumises à l'action galvanique, ou aussi aux mouvemens rapides des jongleurs, quand, marchant sur les mains, ils jettent les pieds en l'air pour conserver l'équilibre.

Une frayeur semblait avoir été la cause de cette affection. L'auteur la regarde comme dépendant d'une congestion de la partie du mésocéphale, d'où naissent conjointement les dernières racines des nerfs récurrens et les nerfs du mouvement; d'où résultait qu'aux mouvemens nécessaires pour produire la voix s'associaient d'une manière irrésistible les convulsions qui faisaient le caractère de cette maladie.

C'est sur l'étiologie de cette maladie que fut fondé un pronostic favorable, comme le choix des moyens qui étaient les plus capables de faire cesser promptement ses effets. Aussi, après avoir employé sans grand résultat la saignée le premier jour, l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes fit disparaître avec la plus grande promptitude tous les accidens, si bien qu'au bout de quelques heures le malade était complètement rétabli. Ce fait nous a paru pouvoir jeter quelque lumière sur la physiologie obscure encore du système cérébro-spinal. (*Annali universali di Medicina, marzo* 1833.)

Mémoire sur la sciatique nerveuse. — Selon M. Petrini, la cause la plus prochaine de la sciatique consiste dans un stimulus, soit traumatique, soit produit par une diathèse. (2) Suivant Eychenmayer, l'électricité en est la principale cause occasionelle, et, dit l'auteur, ce principe électrique est entraîné par le calorique qui se développe par l'afflux du sang dans la partie irritée. M. Petrini croit que la sérosité vaginale, regardée par Cotugno comme la cause

---

(1) Un fait à peu près semblable a été observé par le traducteur, il y a plusieurs années, chez un jeune homme de 15 ans environ, affecté d'une chorée déja ancienne, et qui venait d'être pris d'une variole confluente. Toutes les fois que ce malheureux essayait de répondre aux questions qui lui étaient adressées, non-seulement les convulsions générales et choréiques augmentaient, mais il était obligé à des efforts inouïs pour proférer le moindre son, efforts qui entraînaient les contractions les plus violentes et une congestion telle de la face, que l'on eût dit que les tégumens allaient se rompre et les yeux sortir de leurs orbites.

(2) Et déposé sur le névrilème des deux nerfs fémoral et sciatique ou sur un seul.

primitive et occasionelle de la sciatique, est plutôt l'effet que la cause de cette maladie, quoique son accumulation dans le névrilème puisse devenir cause concomitante de la sciatique; son opinion est en outre que la diathèse de la sciatique nerveuse est de nature irritative.

Passant à la cure de cette maladie, M. Petrini fait connaître les modifications qu'il a apportées à la méthode de l'ustion, employée par son père. Cette méthode consiste à détruire, au moyen d'une petite flèche rougie au feu, l'angle d'union que forment les extrémités du nerf sciatique tibial entre les deux derniers doigts du pied, et, pour la névralgie sciatique antérieure (1), entre le second doigt du pied et le gros orteil. Par ce moyen, dit l'auteur, dont la théorie nous paraît plus qu'hypothétique, le calorique libre et irradié se répand dans tout le tronc nerveux : la sensation primitive est intervertie; il s'en établit une autre plus forte, mais d'autant plus courte qu'elle ne dure que le moment de l'application du feu; l'électricité accumulée, qui est la cause principale de la douleur, est attirée par le fer chaud placé à l'extrémité du pied et répandue dans l'atmosphère; la lymphe, qui transude du névrilème, devenue plus fluide par la diffusion du calorique, cède en partie à la loi de gravité et au stimulus excédant développé dans le pied, et d'autre part est rendue plus susceptible d'être reprise par les absorbans dont l'action n'avait eu aucun effet par suite de la cohésion.

L'ustion doit être employée quand la sciatique est purement nerveuse, qu'elle n'est pas compliquée d'altération organique du nerf sciatique, et quand l'opération se fait, afin de détruire avec certitude le ganglion nerveux tibial. Le docteur Petrini opère ainsi l'ustion. Il prépare une petite flèche d'acier qu'il a inventée, de la figure d'un demi-cercle alongé; deux petites attelles pour recouvrir les deux derniers doigts du pied, et un plumasseau de charpie pour les tenir écartés; une feuille de laitue beurrée, une petite compresse et une bande circulaire.

Le lieu où doit se faire l'opération doit être très éclairé. La situation du malade doit être telle que son pied pose librement sur une table, de sorte que la jambe et la cuisse, étant en demi-flexion, l'angle du genou soit très obtus. Les avantages de cette situation sont que le nerf n'est pas comprimé par la contraction musculaire, comme il le serait si le malade était debout, et alors le mouvement qu'accompagne la sensation rencontrerait des obstacles, lesquels, non-seulement diminueraient l'intensité du mouvement, mais aussi affaibliraient l'action diffusive du calorique et ses bons effets. Les inconvéniens ne sont pas moins grands quand le malade, étant assis durant l'opération, sa jambe forme avec sa cuisse un angle droit. Des frictions doivent être faites de haut en bas, suivant la direction du nerf sciatique, avec une étoffe de laine pour activer l'équilibre polaire, et faciliter vers l'extrémité du pied la descente du fluide extravasé dans le névrilème.

La petite flèche étant rougie, on la fait pénétrer dans le point le plus élevé de l'angle d'union des doigts du pied, glissant en bas jusqu'à un tiers de pouce de distance de la commissure des mêmes doigts, et perforant les tégumens communs, ainsi que le tissu cellulaire entre l'une et l'autre phalange. On doit préserver les tendons extenseurs du dernier et de l'avant-dernier doigt du pied. Par cette raison, on éloigne les doigts l'un de l'autre au moyen d'un coussin analogue, se gardant toutefois de forcer la distension, de crainte d'éloigner beaucoup le point d'union des rameaux nerveux, et ainsi de rendre l'opération infructueuse; on applique alors les deux attelles sur les deux derniers doigts plongés dans l'eau, et réunis à angle aigu dans le point où doit commencer l'ustion.

Après l'opération, on recommande au malade de se promener quelque temps avant d'appliquer le pansement, afin que la plaie se dégage du sang par la rupture de quelques rameaux veineux, ce qui rend l'opération plus utile. Dès qu'il a pris un peu de mouvement, on passe au pansement, ce qui se fait en appliquant sur la partie brûlée la feuille de laitue préalablement préparée, une compresse et la bande circulaire qui doit maintenir l'appareil. Ce pansement doit être renouvelé matin et soir jusqu'à complète guérison. La plaie ne cause pas d'autre inconvénient au malade, puisqu'elle ne l'empêche pas d'exécuter les mouvemens ordinaires. S'il se trouvait de l'engorgement ou de la phlogose, un court repos dans le lit et le bain, avec de l'eau végéto-minérale, suffisent pour les guérir. L'anatomie enseigne que le nerf crural, après avoir parcouru la cuisse et la jambe, finit en se ramifiant dans la partie supérieure et interne du pied, envoyant aussi quelques ramifications dans le voisinage du gros orteil et du second doigt. Chaque fois donc que le cours de la douleur et les autres symptômes annoncent l'existence de la sciatique nerveuse antérieure, on opérera l'ustion entre le gros orteil et le second doigt, en observant les règles précédemment décrites.

Si la sciatique est artrique ou rheumatique, ou invétérée, l'ustion ne peut servir de rien; si elle dérive d'une diathèse, et que, sans changer ou dissiper la diathèse prédominante, on opère, on ne fera que dissimuler la douleur qui reparaîtra peu après.

On pratique l'ustion, conclut l'auteur, dans les vraies sciatiques nerveuses avant que survienne le marasme du membre et que le bulbe nerveux soit attaqué; on fait précéder la méthode locale des prescriptions médicales qui peuvent faire disparaître la diathèse, et on obtient ainsi sans délai la guérison du malade, qui auparavant était en proie aux douleurs les plus atroces.

Après l'exposé de son traitement, M. Petrini rapporte six observations à l'appui de cette méthode. L.M.

(*Filiatre sebezio*, maggio 1833.)

(1) Crurale antérieure.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU; BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

AOUT, 1833.

Note sur un cas de surabondance insolite (13 onces) de liquide céphalo-spinal constatée chez l'homme; par M. le docteur MONTAULT, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, autorisé à remplir les mêmes fonctions avec prolongation de service, à l'Hôtel-Dieu, par le Conseil général des Hospices.

Le nommé Grivet, âgé de soixante-huit ans, gardien à la halle (marché aux poirées), d'une constitution vigoureuse, on peut même dire athlétique, avait toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il avait parfois des réponses brusques, lorsque après s'être enivré dans la journée du 12 juin 1833 (c'était chez lui presque une habitude), il tomba la nuit suivante dans un état tel, qu'il ne put ouvrir la porte de sa chambre à sa femme et à ses enfans, lorsqu'ils se présentèrent pour y coucher; il resta sans secours jusqu'au lendemain 13, au matin; alors on le trouva dans son lit, dont il n'avait pu sortir, délirant, et paraissant affecté de paralysie générale, mais très-incomplète.

Deux médecins, dont je n'ai pu me procurer les noms, furent successivement appelés; et, dans l'espace de trois jours, on lui appliqua des sangsues derrière les oreilles, à l'anus et sur le côté gauche de la poitrine, lieu où fut ensuite placé un vésicatoire.

Soit que la maladie, en persistant, menaçât de devenir trop longue, soit que les parens du malade ne fussent pas en position de le faire traiter plus long-temps à domicile, il fut conduit à l'Hôtel-Dieu le 16 juin, et placé dans une salle de chirurgie (service de M. Dupuytren), parce que les personnes qui l'amenèrent prétendirent qu'il était malade des suites d'une chute. Mais le fait est qu'il n'avait aucune maladie du ressort de la chirurgie; et il fut évacué le lendemain dans un service de médecine, dans l'une des salles de M. Petit, dont le service était alors momentanément confié à M. le docteur Heurteloup, médecin du bureau central d'admission.

Cet homme remuait bien tous les membres, mais avec très-peu d'énergie; sa langue était couverte d'un enduit brunâtre, épais et humide; l'intelligence n'était pas complètement abolie, mais il rendait très-mal compte de ce qu'il avait éprouvé; le pouls était faible; il fut jugé atteint d'une affection cérébrale, qu'on n'essaya point de déterminer (1).

Le lendemain 18, les symptômes cérébraux présentèrent plus d'intensité; le malade délirait, gesticulait, injuriait les personnes environnantes, qu'il menaçait même. (Gilet de force, dix sangsues derrière chaque oreille, sinapismes, diète d'alimens.) Le 19, son état était comateux; les révulsifs à l'extérieur et à l'intérieur ne produisirent aucun effet avantageux, et le malade mourut dans la soirée.

Le cadavre, dont l'examen fut fait quinze heures seulement après la mort, présenta beaucoup d'embonpoint, et un développement musculaire peu commun.

(1) Nous ferons remarquer, à ce sujet, que les renseignemens sur l'état du malade, antérieur à son entrée à l'hôpital, ne nous sont parvenus que plusieurs jours après sa mort, par suite de notre transport à son domicile.

Le cœur était sain, de même que le poumon droit; mais celui du côté gauche était hépatisé au troisième degré, dans toute sa moitié supérieure.

Les organes abdominaux ne présentèrent rien de bien remarquable, l'estomac excepté, qui était affecté de gastrite chronique (teinte d'un rouge foncé, brunâtre, avec ramollissement de la muqueuse).

L'encéphale ayant été mis à nu, sans que les membranes fussent intéressées, on remarqua les particularités suivantes: la faulx du cerveau et la dure-mère de la convexité étaient très-adhérentes aux lobes cérébraux, au moyen des deux feuilles de l'arachnoïde et de ce que l'on a appelé glandes de Pacchioni; il existait sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, entre les circonvolutions cérébrales, dans les ventricules latéraux, et dans la cavité rachidienne (toujours sous le feuillet interne de la méningine), une quantité vraiment extraordinaire de liquide céphalo-spinal: je recueillis avec soin ce liquide, et trouvai, en le pesant à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, son poids égal à douze onces sept gros et demi (1); la substance cérébrale n'offrit point de traces (évidentes du moins) d'altération; mais la membrane séreuse était partout, en particulier à la convexité, d'un blanc mat, et la pie-mère, dans le lieu correspondant, était fortement infiltrée.

Réflexions. — L'existence dans l'encéphale d'une aussi grande quantité de sérosité, nous semble remarquable sous trois points de vue: 1° par cette quantité même; 2° par son origine ou sa cause; 3° par les symptômes auxquels elle a pu donner lieu.

Chez un homme adulte, sain de corps et d'esprit, la quantité de liquide céphalo-spinal est, d'après M. Magendie, de trois onces environ; de six à sept onces, chez les vieillards; Cotugno admet quatre à cinq onces dans l'état ordinaire: et chez notre sujet il y avait douze onces sept gros et demi.... On a vu ce fluide avoir une abondance excessivement considérable, dans plusieurs cas analogues à celui que nous avons rapporté, par exemple, dans l'apoplexie séreuse. (Morgagni, Bang, Serres, etc.)

M. Andral a trouvé, chez un épileptique mort à la Pitié, dans le coma, les ventricules tellement dilatés par la sérosité (dont ils contenaient dix à douze onces), que la paroi supérieure des lobes cérébraux était fortement soulevée (2).

Je pourrais rapporter bien d'autres faits analogues à ceux-là; mais, comme j'aurai occasion d'en parler plus complètement ailleurs, je ne citerai que le suivant, dont j'ai été témoin dans le commencement de l'année 1832, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Magendie, et qui sera sans doute publié, dans tous ses détails, par ce célèbre physiologiste. A l'autopsie d'une jeune femme qui avait présenté des symptômes de compression du cerveau (insensibilité générale, état comateux et paralysie générale), il trouva à la surface du cerveau, et dans ses ventricules, une quantité excessivement considérable de fluide: les sinus contenaient du sang coagulé, de même que la veine de Galien, qui passe sur la glande rénale.

(1) On sait que ce liquide, comme la sérosité en général, a une densité et une pesanteur spécifiques, supérieures à celles de l'eau distillée, à cause des matières salines et terreuses qu'il contient.

(2) Voyez le n° LXXI, t. VII, de la *Gazette des hôpitaux*.

Nous reconnaissons, avec M. Serres (1), qu'il peut y avoir apoplexie sans épanchement, et épanchement sans apoplexie; et nous croyons que, dans le cas rapporté plus haut, il y a bien eu méningite et épanchement chroniques, mais qu'il s'est fait, lors de l'apparition subite des symptômes cérébraux, le 13 juin, une augmentation, une nouvelle exhalation du fluide, bien que la pneumonie gauche puisse, à la rigueur, expliquer ces symptômes.

Cette opinion me semble pouvoir être étayée du fait suivant, que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Petit, vers la fin du mois de mai de l'année 1832: Un homme avait une pneumonie du sommet du poumon droit, mais la tête était et avait toujours été très-saine, d'après ce qu'il nous assura, du moins. Le traitement de la pneumonie consista en saignées, sangsues, adoucissans, diète, vésicatoire sur le côté malade; vingt et un jours après son entrée, j'observai de l'œdème dans les membres inférieurs, puis tout-à-coup état comateux et mort, comme s'il y avait eu apoplexie foudroyante.

L'autopsie démontra une arachnitis chronique générale (infiltration séroso purulente générale dans le sinus cellulaire sous-arachnoïdien); le fluide des ventricules trouble et laiteux; une arachnitis aiguë dans quelques points à la base (pointillé et injection); aucune autre lésion dans la substance cérébrale.

Qui ne voit de suite que, dans ce dernier cas, comme dans celui qui fait le sujet de cet article, la lésion a existé pendant long-temps à l'état latent, et, comme le dit M. Dupuytren, dans ses leçons, que les symptômes graves et la mort ont eu lieu lorsque la réaction de l'organe comprimé (le cerveau) a été vaincue par l'augmentation, les progrès du mal?

HOSPICE DE BICÊTRE.

Service de M. Rochoux.

Ancienne hémiplégie à droite: symptômes d'apoplexie de la protubérance annulaire; mouvemens, par accès, de raidissemens convulsifs et comme tétaniques, avec extension des membres supérieurs principalement. Mort six heures et demie après l'attaque. Foyer apoplectique récent dans la protubérance et dans l'hémisphère gauche du cerveau. Par M. Charcellay Laplace, interne.

Le nommé Cailloux (Jacques-François), âgé de soixante-cinq ans, imprimeur, veuf, robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sans constitution apoplectique, couché au n° 13 de la 12e salle de la 4e division, est pris tout-à-coup, le 18 juin, à quatre heures et demie du soir, d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

Comme élève de garde, je suis aussitôt appelé près de ce malade: voici les renseignemens fournis par ses voisins et l'infirmier.

Cailloux, depuis peu dans la salle, paralysé à droite, on ne sait depuis combien de temps, se portait bien, se levait assez habituellement pour se promener, quoique pouvant à peine marcher sur sa jambe droite, n'avait à leur connaissance, jamais eu d'accès

(1) *Annuaire médico-chirurgical*, t. I, 1819.

de ce genre. Au moment de l'attaque, debout près d'un coffre à côté de son lit, il tombe subitement sur ce meuble, comme une masse inerte. Couché par l'infirmier, je le trouvai dans l'état suivant : décubitus sur le dos ; respiration régulière, peu accélérée, profonde, très-bruyante, stertoreuse, bouche à demi-ouverte ; le malade fume la pipe à droite, c'est-à-dire que la joue droite, flasque, se laisse distendre par l'air expiré : des matières spumeuses, blanchâtres et alimentaires, sont rejetées au dehors par chaque effort respiratoire ; commissure gauche des lèvres entraînée en bas de ce côté (et c'est presque uniquement par ce côté plus déclive que sortent les matières spumeuses, qui, du reste, y sont poussées par la direction du plan que leur forme la joue droite distendue) : paupières ouvertes ; immobilité, fixité des globes oculaires, pupilles dilatées (la salle est obscure), la droite l'est toutefois plus que la gauche : nulles traces de sensibilité, malgré qu'on pince le malade aussi fort que possible, et sur quelque partie que ce soit ; il ne parle ni n'entend. On ne peut constater l'état de la langue. Les membres sont dans l'extension, le bras gauche continuellement dans un état de raideur convulsive tétanique, et toutefois pris à chaque instant de redoublement, comme par accès de ce raidissement tétanique, lesquels accès se montrent simultanément sur le bras droit qui, dans, leur intervalle, est flasque, en complète résolution de paralysie : par ces mouvemens convulsifs les avant-bras sont légèrement portés dans la rotation en dedans, et entraînés vers la ligne médiane, en même temps qu'ils s'appuient fortement contre le lit ; le cou à chaque accès se tend en avant, le menton s'élève et l'occiput s'abaisse en déprimant l'oreiller ; les membres inférieurs, sans être tout-à-fait exempts de ces accès, ne se raidissent que très-légèrement pendant leur durée, le droit surtout.

Ainsi pendant les accès, les membres supérieurs présentent beaucoup de résistance, et le gauche plus que le droit ; l'inférieur gauche peu, et le droit encore moins. Dans l'intervalle des accès des deux membres supérieurs, le gauche seul présente de la raideur et de la résistance, mais moins que pendant l'accès convulsif ; le droit est flasque, en complète résolution. Des membres inférieurs, le gauche est très-peu résistant et le droit paralysé, comme le bras du même côté.

Peau chaude, humide, couverte d'une sueur abondante, sans odeur ni vicosité, rouge, généralement injectée dans ses extrémites exposées à l'air, la face, les avant-bras, et la partie antéro-supérieure de la poitrine. Pouls fort, plein, accéléré, battant de 90 à 95 fois à la minute.

Diagnostic. — Apoplexie de la protubérance annulaire, s'ajoutant à l'ancienne hémiplégie droite.

Le malade est transporté avec précaution à l'infirmerie de médecine, et couché au n° 6 de la 2e salle.

A cinq heures, c'est-à-dire demi-heure après le début de la maladie, les symptômes en sont plus prononcés ; les accès de raidissement tétaniques convulsifs plus violens, sont plus rapprochés, plus longs, et la raideur et la résistance plus fortes, plus intenses. (Saignée de quatre palettes ; infusion de tilleul et d'oranger ; sinapismes aux jambes ; lavement purgatif.)

Pendant la saignée, qui a été de quatre palettes et demie, les accès semblent diminuer peu à peu, et lorsqu'elle est terminée, ils ne se montrent déjà plus qu'assez faiblement, éloignés, de courte durée et de peu d'intensité : dans leur intervalle, plus long maintenant, l'hémiplégie est bien tranchée à droite, résolution complète de ce côté. Les pupilles sont contractées (il faut noter que le malade est actuellement dans une salle fort éclairée, dans un lit qui regarde le soleil couchant) ; toutefois elles offrent la même différence que précédemment : la droite est moins contractée que la gauche. La commissure gauche des lèvres est toujours entraînée en bas de ce côté ; le pouls est bien moins développé, sans être faible, aussi fréquent qu'avant la saignée. A la piqûre de la médiane céphalique du bras droit, ce membre a été porté vers la ligne médiane : je n'étais point placé assez convenablement pour bien voir si ce même mouvement a été ou non produit sur le bras gauche ; de sorte que, sans pouvoir positivement l'assurer, je crois néanmoins que le bras gauche aussi l'a exécuté simultanément : ce mouvement était alors signe d'un de ces accès tétaniques observés, et non indice de l'existence de la sensibilité, d'autant plus qu'il y avait de ce côté précisément, ancienne et nouvelle hémiplégie.

Huit heures du soir. Décubitus sur le dos ; le malade n'avale point sa tisane, qui, introduite dans la bouche, en est aussitôt rejetée : selles assez abondantes ; râle ronflant très-fort ; pas d'accélération dans la respiration ; bouche béante, nullement déviée ; bras droit en complète résolution, très-légère raideur du gauche ; absence absolue de mouvement par accès de raidissement tétaniques convulsifs : peau chaude, moite ; pouls peu résistant aussi fréquent que précédemment ; occlusion des paupières ; ronflement d'un sommeil assez profond ; le malade semble dormir. (Vingt sangsues derrière les oreilles, dix de chaque côté ; cataplasmes émolliens.)

Mort à onze heures du soir, sans mouvement convulsif depuis huit heures.

Le lendemain, à la visite, le sang tiré de la veine ne présente pas de couenne inflammatoire.

Autopsie, douze heures après la mort.

La chaleur du corps n'a point encore fait place au froid cadavérique. Embonpoint assez prononcé. Membre inférieur droit un peu moins volumineux que le gauche ; légère atrophie du mollet droit ; l'œil droit est ouvert, sa pupille est contractée par rapport à celle de l'œil gauche, qui est fermé.

Abdomen. — Estomac à demi-plein de matières alimentaires et vineuses : rien autre chose de notable ; aucune trace d'asphyxie.

Poitrine. — Poumons un peu emphysémateux en avant, contenant peu de sang, crépitans, d'un tissu très-sain, du reste. Le cœur offre un volume proportionné à celui du poing du sujet. Les parois du ventricule gauche paraissent un peu plus épaisses qu'à l'état normal. Il est bon de noter que sa cavité ne contient pas de caillots, et que les parois contractées, paraissant épaisses au premier abord, ne le sont réellement pas lorsqu'on rétablit la cavité voulue du ventricule. Orifice ventriculo-aortique et aorte libres ; nulle ossification.

Cerveau. — La boîte osseuse enlevée, on voit une légère ecchymose arachnoïdienne sur le côté du lobe antérieur droit, et une autre, plus épaisse, large comme la moitié de la paume de la main, sous-arachnoïdienne sur le milieu et en haut de la face externe de l'hémisphère gauche ; la surface de l'arachnoïde cérébrale est d'une sécheresse remarquable ; rupture de la cloison des ventricules ; sérosité sanguinolente dans le droit et le gauche, qui contient aussi quelques caillots noirs coagulés : les parties antérieure et postérieure du corps strié gauche sont

chacune perforées d'une ouverture à bords irréguliers, de quatre à cinq lignes de diamètre, faisant communiquer le ventricule de ce côté avec un large foyer apoplectique récent, qui occupe toute la partie postérieure et interne du corps strié externe de la couche optique, et toute la substance cérébrale sous-jacente, jusqu'à l'arachnoïde de la base du cerveau. La couche optique intacte est ainsi contournée par ce même foyer plein de caillots et de détritus de pulpe cérébrale, qui va s'ouvrir sous l'arachnoïde, au niveau de la deuxième ecchymose indiquée, laquelle est formée par un large caillot sanguin, aplati, comprimé entre l'arachnoïde et les circonvolutions cérébrales.

De plus, le foyer apoplectique se prolonge en arrière, à travers la partie supérieure du pédoncule gauche du cerveau, jusque dans la protubérance annulaire dont le plan postéro-supérieur, représentant le tiers de son épaisseur, est envahi par du sang noir coagulé, la lame des tubercules quadrijumeaux restant intacte en dehors, par sa surface libre. Les caillots de la protubérance tout aussi consistans que ceux de l'hémisphère gauche, ont le même aspect d'organisation, et paraissent appartenir au même moment de formation.

On n'a point trouvé de traces d'un ancien foyer dans l'hémisphère gauche; nulle ossification des artères cérébrales.

RÉFLEXIONS.

Cette observation montre une hémiplégie droite, ancienne, confondue avec une nouvelle sur-ajoutée, dont les symptômes sont compliqués de ceux d'une apoplexie du mésocéphale.

Pouvait-on distinguer, séparer, isoler les symptômes hémiplégiques d'avec ceux d'apoplexie de la protubérance? oui, et c'était assez facile. En effet, pour constater l'hémiplégie on avait : déviation à gauche et en bas de la commissure gauche des lèvres, la droite étant relevée et portée vers la ligne médiane; dilatation de la pupille à droite; légère atrophie du mollet droit, observée seulement à l'autopsie; perte absolue du mouvement et de la sensibilité; résolution complète du côté droit, en l'absence des accès de raidissement. Ces symptômes, appartenant à une ancienne hémiplégie, appartiennent bien aussi, l'atrophie du mollet droit exceptée, à une nouvelle: mais comment, dans ce cas, reconnaître le nouvel épanchement enté, pour ainsi dire, sur l'ancien? La chose était, sinon impossible, du moins très difficile; car, si la formation d'un nouvel épanchement sanguin était possible, elle n'était point pour cela probable, et encore moins prouvée : elle n'était donc qu'admissible. L'hémiplégie étant évidente, comment se traduisait l'apoplexie de la protubérance? par ces accès de raidissement convulsifs tétaniques, avec extension, résistance, rigidité des membres supérieurs principalement; aussi, d'après M. Cruveilhier, par cette respiration profonde, bruyante, stertoreuse, indiquant un trouble grave de cette fonction, et enfin, plus tard, par la paralysie générale qui, déjà presque accomplie à huit heures du soir, a dû, quelques instans après, suivant l'opinion de M. Ollivier (d'Angers), se montrer complètement; on ne pourrait nier ici qu'elle ait été vue presque complète, puisque trois heures avant la mort, il n'y avait absence d'accès, de déviation de la bouche (or, le contraire avait été observé trois heures auparavant), puisqu'il y avait résolution complète à droite, et très-légère résistance à gauche.

Peut-on expliquer les accès de raidissement, leur diminution, leur cessation enfin, la paralysie générale? La physiologie expérimentale nous éclaire pleinement, je crois, sur ce point. La protubérance est une partie très-irritable, d'après les expériences de M. Flourens; la section complète produit instantanément, dans les parties sous-jacentes à la section, la paralysie générale, sans autres phénomènes antécédens, comme des convulsions, par exemple; or, ne peut-on pas dire que les caillots de sang épanché, d'abord corps étrangers, irritans peu à peu et de plus en plus à mesure que l'épanchement augmente, deviennent ensuite corps étrangers, comprimant aussi peu à peu et de plus en plus. Je ne sais jusqu'à quel point on pourrait penser que le siége du foyer, dans le tiers postéro-supérieur de la protubérance, a fait porter les raidissemens tétaniques principalement sur les membres supérieurs, du reste plus mobiles, moins lourds que les inférieurs.

On voit ce que cette observation présente de commun et de différent avec celles connues : elle confirme les unes, contrarie les autres, sans toutefois les détruire ni même les combattre; car des différences, des variétés, des nuances, ne sont pas des oppositions : un fait vrai ne peut jamais en détruire un autre aussi vrai, et maintenant on explique les variétés dans les symptômes pathologiques d'une maladie, par ses variétés dans les lésions cadavériques. Ainsi M. Serres a toujours vu la paralysie générale, sans convulsion préalable, dès le début de l'hémorragie de la protubérance; ces symptômes paraissent indiquer un épanchement abondant. M. Ollivier (d'Angers) a toujours vu les convulsions d'abord, puis la paralysie générale. Ces cas semblent coïncider avec un foyer assez circonscrit, de moyen volume; mais ce dernier ajoute que les paralysies qui résultent d'un épanchement de la protubérance, sont toujours bornées au mouvement, parce que la rupture intéresse seulement les faisceaux antérieurs de la moelle. Or, cette proposition générale, absolue, exclusive, révoquée en doute par M. Cruveilhier, est combattue, détruite par la présente observation, puisque, à dater de l'apparition de l'attaque, le malade n'a pas montré la moindre trace de sensibilité

Maintenant, si l'on vient à se demander si ces accès de raidissemens tétaniques sont constans, on pourra répondre oui, d'après quelques observations; non, d'après d'autres. Ici on ne peut donc être exclusif. Ces mouvemens ne se rencontrent-ils que dans cette maladie? non; M. Rochoux les a vus dans trois cas d'épanchement sanguin d'un des hémisphères cérébraux; Morgagni, dans un cas semblable à ceux-ci; et M. Serres, dans deux cas d'hémorragie d'un des lobes du cervelet. Reste à savoir maintenant si ces mouvemens convulsifs, indiqués seulement, mais non pas décrits, ne présentaient pas une grande différence avec ceux de cette observation. En outre on les observe, du moins d'après ce que croient avoir vu quelques-uns de mes collègues et moi, dans l'épilepsie et l'hystérie. Toutefois, en tant qu'il en soit ainsi, l'âge, les conditions des sujets, les commémoratifs suffiront, sinon toujours, du moins le plus souvent, pour établir le diagnostic différentiel.

D'après ce qui précède, on pourrait établir des degrés extrêmes et moyens de l'apoplexie du mésocéphale, degrés traduits, pendant la vie, par telle

ou telle série de symptômes variables suivant la quantité du sang épanché; degrés représentés sur le cadavre, par des foyers plus ou moins considérables : les plus petits foyers irritant seulement; les plus considérables paralysant instantanément et sans convulsions ou autres symptômes caractéristiques préalables; enfin, ceux de moyen volume, irritant d'abord, paralysant ensuite par degrés successifs et sensibles : d'où il suit que la rapidité de la mort serait ici en raison directe de la quantité de sang épanché.

Mémoire sur la pneumonie lobulaire; par F. Burnet, D.-M. P.

Deuxième article.

Observation IX. — Chez une jeune fille de deux ans, nommée Louise Mercier, placée, le 2 novembre 1829, au n° 11 de la salle Sainte-Anne, et qui avait montré, pendant son séjour à l'hôpital des Enfans malades, beaucoup de toux sèche et fatigante, de l'irrégularité dans la respiration, malgré la sonoréité de la poitrine et l'état assez pur du bruit respiratoire, les signes d'une colite intense, un peu d'endurcissement des extrémités inférieures et de cyanose, je trouvai, dans la trachée et les bronches, une coloration rouge qui prenait une teinte plus vive dans les extrémités bronchiques. Le lobe inférieur de chaque poumon offrait une forte induration, produite par la réunion de plusieurs hépatisations lobulaires, comme le démontraient les sillons qui se dessinaient en lozange à la surface de l'induration, et donnaient au poumon un aspect raboteux, plusieurs indurations bien circonscrites, quelques-unes très-rapprochées, mais cependant séparées par des lames de tissu crépitant, se faisaient voir dans les lobes supérieurs. L'une d'elles, située au centre du lobe supérieur droit, avait le volume d'une châtaigne. Le trou de Botal, bien conservé, avait deux lignes de long et une de large; le cœur était petit et vide.

Abdomen. — Ulcérations rouges remarquables des follicules isolés de l'intestin et des plaques de Peyer. Rougeur intense du colon.

La différence qui sépare les deux hépatisations ressort de cette observation, malgré l'erreur que la réunion des lobules indurés aurait pu faire commettre. Cette différence sera plus frappante encore dans l'observation suivante. Si le râle crépitant a manqué dans celle de Louise Mercier, il faut l'attribuer à la facilité qu'il possède de disparaître dans la pneumonie lobulaire; de là la nécessité d'ausculter souvent la poitrine chez les enfans attaqués d'un rhume de longue durée. La matité a dû exister, dans les derniers instans de la malade, à la base des deux poumons, et je m'en serais aperçu, sans doute, si j'avais pu voir Louise Mercier à cette époque.

Obs. X. — Roussel (Élisabeth), idiote, âgée de trois ans et demi, passa, le 2 septembre 1829, de la salle des scrofuleux, où on la traitait depuis quelques mois pour des ulcères, au n° 3 de la salle Sainte-Anne. Malade depuis dix jours lors de sa translation, elle offrit à mon observation beaucoup de fièvre, de la toux humide et saccadée, de la matité, d'abord à la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, puis à tout ce côté et à une partie du droit, du râle crépitant mêlé de râle muqueux, de la bronchophonie et du souffle bronchique dans les endroits occupés par la matité, sur-tout à gauche. Celle-ci n'offrait point de niveau ni de déplacement par le changement de position. A l'aide de la percussion, on percevait le bruit humorique sous la clavicule gauche. Il y avait en outre de la rougeur à la langue et du dévoiement. Mort le 25 décembre.

Autopsie le 28. Tête. — Circonvolutions cérébrales peu nombreuses. Un peu de sérosité limpide dans la pie-mère et les ventricules.

Poitrine. — Le poumon droit est en grande partie hépatisé en gris, et presque sec. Le poumon gauche, dans sa presque totalité, est également hépatisé en gris, mais plus humide. A la surface de l'hépatisation des deux côtés, on distingue très-bien les lobules, dont quelques-uns font une saillie bien marquée. Les glandes bronchiques sont développées, rouges et molles, elles se réduisent en sanie brunâtre par la pression. Les bronches sont pâles, excepté à leurs ramifications qui sont rosées. Celles-ci, dures et épaisses, se maintiennent béantes quand on les incise transversalement. Elles se rétrécissent peu à leurs extrémités. Deux d'entre elles se renflent dans l'hépatisation gauche, en cavités tapissées par une muqueuse continue à celle des bronches, pouvant contenir une amande, et pleine d'un pus louable. Plusieurs autres renflemens, moins considérables, également remplis d'un pus bien lié et jaunâtre, existent à l'extrémité de quelques bronches, qu'on voit très-bien s'y rendre. Un tubercule crétacé occupe le centre du poumon gauche.

Abdomen. — L'estomac présente, dans sa région pylorique, plusieurs taches d'un rose vif, d'une ligne et demie de diamètre déprimées assez fortement à leurs centres et relevées à leurs bords. On dirait des ulcères cicatrisés. La muqueuse y existe cependant avec sa mobilité ordinaire. Rougeur assez vive du gros intestin, dans presque toute son étendue. Deux tubercules, l'un miliaire et l'autre crétacé, dans les glandes mésentériques.

Plusieurs réflexions, qui me paraissent importantes, naissent de cette observation. La pneumonie lobulaire, qui avait au moins un mois de date, se présente ici à l'état chronique. Aussi le tissu pulmonaire était-il sec et grisâtre. Dans l'état des bronches, chez ce sujet, on voit une nouvelle preuve de la vérité des réflexions qui suivent l'observation huitième; car ici on ne peut contester l'inflammation de ces canaux, malgré leur pâleur.

Le pus contenu dans les renflemens bronchiques pourrait peut-être jeter quelque jour sur la nature intime de l'hépatisation mamelonnée. Dans la majeure partie des cas où cette hépatisation a été considérable, même lorsque le tissu qui la formait était sec, j'ai pu faire sortir des extrémités bronchiques un pus presque concret. Ne semble-t-il pas que l'inflammation lobulaire, plus encore que l'inflammation simple des poumons, a son siége dans les vésicules bronchiques? Si le pus s'accumule en trop grande quantité, il les dilate et s'en forme une poche, une sorte de kyste. S'il est en quantité médiocre, il se concrète en se combinant avec elles, et constitue ces saillies, ces duretés si remarquables par leur forme, qui représentent assez fidèlement celle des lobules. Je regrette de n'avoir pas bien précisé dans quel endroit étaient situées les cavités purulentes du poumon gauche, et si elles avoisinaient du tissu pulmonaire crépitant. Sans doute que j'aurais pu confirmer les recherches de M. Piorry sur la cause du bruit humorique, très-manifeste chez notre petite malade. Je dois dire que dans cette observation, en raison de l'état avancé

de la maladie et de la réunion des lobules, le diagnostic devait se confondre avec celui de la pneumonie ordinaire, la longue durée et la force de la toux pouvaient seules, à cette époque, donner quelques soupçons.

Obs. XI. — Le 28 avril 1829, je fis l'autopsie d'un enfant de deux ans, du sexe féminin, placé depuis vingt jours au n° de la salle Sainte-Cécile. Je ne l'avais bien examiné que sous le rapport d'une ophthalmie purulente double. Je lui connaissais cependant de la toux, de la fièvre et du dévoiement, existant depuis long-temps. En percutant la poitrine sur le cadavre, je m'aperçus qu'elle présentait de la matité seulement dans une petite étendue de la région précordiale. La portion du poumon gauche qui recouvrait le cœur, était hépatisée dans l'étendue d'un pouce carré à peu près. C'était une hépatisation, ou plutôt une induration rose, très-sèche, qui ne donnait à la pression que de la sérosité, était fortement granulée et remarquable par le développement du tissu cellulaire interlobulaire; des points noirs, entourés d'une auréole vasculaire et recouverts de mucosités transparentes, existaient en grand nombre dans le colon.

Je ne trouvai point ici la matière glutineuse purulente qui existe si souvent au centre de l'hépatisation lobulaire; mais aussi, d'après l'état du tissu cellulaire interlobulaire, les granulations sèches de l'induration, et le liquide séreux qu'on pouvait en extraire en petite quantité, il me semble que cette observation offre un exemple de guérison par endurcissement de la pneumonie lobulaire. Tout annonce, du moins, que son développement était fort ancien.

Obs. XII. — Planchard (Léontine), âgée de deux ans et demi, sortie depuis quinze jours de l'hôpital des Enfans malades, où elle avait été affectée d'une rougeole, y rentra le 2 janvier 1829, et fut placée au n° 17 de la salle Sainte-Cécile. Depuis sa sortie, il lui était resté de la toux et un peu de dévoiement, sans fièvre. Ces symptômes persistèrent pendant son séjour à l'hôpital. De plus, dès le 3 janvier, je pus saisir, à gauche, du râle sous-crépitant; la toux devint plus forte, et la fièvre parut, le 6 février, pour ne plus quitter la malade. La poitrine, à l'exception d'une légère matité qu'on pouvait à peine soupçonner au côté gauche, resta bien sonore. Le murmure respiratoire, obscur dans ce côté, était couvert par un râle tantôt sibilant, sonore, imitant le bruit d'une soupape, tantôt sous-crépitant: ce dernier parut aussi, mais très-rarement, à droite. L'amaigrissement ayant fait d'assez rapides progrès, Planchard mourut le 6 avril.

Autopsie le 7. — Le poumon gauche était fixé, dans toute son étendue, à la plèvre costale, par des adhérences faciles à déchirer; il était un peu crépitant, et farci de petites masses charnues rouges, dures, que les doigts sentent facilement à travers la substance des poumons. Leur centre était occupé par un point blanc, dur, plus développé et d'apparence plus évidemment tuberculeuse dans les masses qui saillaient à la surface du poumon. Les glandes bronchiques étaient développées, tuberculeuses, quelques-unes ramollies à leur centre; le larynx et la trachée sains; la bronche gauche rouge.

Abdomen. — Estomac légèrement rosé; quelques petites éminences, rouges et déprimées à leur centre, présentent, dans l'iléum, l'apparence d'ulcères ronds; ulcère grisâtre et rond près la valvule iléo-cœcale; grand développement de points noirs dans le cœcum et le commencement du colon, dont la muqueuse est épaissie et d'un brun grisâtre; tubercules crus dans les glandes mésentériques.

Je ferai remarquer, dans cette observation, la coïncidence de la bronchite et de la pneumonie lobulaire gauche; de cette dernière et du développement tuberculeux dans le poumon affecté. On sait que c'est à la suite de catarres pulmonaires chroniques que débute ordinairement la phthisie. La présence de tubercules dans les glandes bronchiques et mésentériques, ne me permet pas de considérer les granulations centrales des lobules hépatisés autrement que comme des tubercules. Cependant leur couleur blanche nacrée n'avait pas la teinte jaunâtre de ces productions morbides: ne seraient-elles qu'un produit de la pneumonie lobulaire? auraient-elles été modifiées par elle? l'ont-elles précédée ou suivie? toutes questions que je ne puis résoudre. Toujours est-il que la théorie de M. Andral sur les granulations de Bayle, me revient à l'esprit à propos de cette observation qui me semble lui prêter quelque force. Il paraît assez probable, en effet, qu'il n'y avait, dans ce cas, qu'une concrétion plus dure, et modifiée par la constitution de l'individu, du pus plastique signalé plus haut dans la pneumonie lobulaire.

Cette observation présente un de ces cas, assez fréquens où la tuberculisation paraît avoir commencé par les intestins et le mésentère.

Une autre remarque à faire est le changement si longuement répété des râles sous-crépitant et sibilant, changement qui forme un des principaux signes de l'hépatisation mamelonnée. Je n'ai rien trouvé, dans le poumon droit, pour expliquer le râle crépitant qui s'y est manifesté à plusieurs reprises Sans doute que l'inflammation de ce poumon s'était dissipée avant la mort.

Obs. XIII. — Louise Achard, âgée de sept ans, avait, depuis cinq mois, beaucoup de toux, du dévoiement, quelquefois des vomissemens et des coliques, de la tension abdominale, quand elle mangeait trop; souvent de la fièvre, lorsqu'elle entra, le 20 avril 1829, à l'hôpital des Enfans malades, et fut placée au n° 24 de la salle Sainte-Catherine; sa langue était belle, ses crachats ceux du catarrhe aigu. Un mois avant sa mort, qui eut lieu le 3 juin, le côté droit de la poitrine offrait un peu de matité à sa partie inférieure, et le bruit respiratoire, obscur, se mêla d'un râle muqueux sibilant. Sur la fin, les crachats étaient devenus opaques et verdâtres; le ventre, plus tendu, présentait des tumeurs mobiles et un peu douloureuses; la constipation alternait avec le dévoiement.

Autopsie le 5 juin.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait, dans toute son étendue, à la plèvre costale, par une fausse membrane épaisse et fibreuse, infiltrée de tubercules; son lobe inférieur était induré en rouge; les deux poumons contenaient des tubercules miliaires, dont quelques-uns, grisâtres, étaient situés au centre de lobules hépatisés; le larynx et la trachée étaient pâles intérieurement; les bronches, rouges; les ganglions bronchiques, tuberculeux.

Abdomen. — Tous les viscères abdominaux adhéraient entre eux par de vieilles adhérences et par l'épiploon, qui présentait quelques masses tuberculeuses; le gros intestin était très-rouge à sa face interne, dans la majeure partie de son étendue.

Mêmes réflexions à faire sur cette observation que sur la précédente. Les tubercules lobulaires étaient gris, et se rapprochaient par conséquent davantage des granulations de Bayle. Ici, cependant, point de doute que les tubercules n'aient précédé et causé la pneumonie lobulaire. Le râle crépitant, dans cette observation, est remplacé par du râle muqueux; ce qui tient sans doute à ce que je n'ai pu observer la maladie au commencement de la pneumonie simple, et à ce que le râle muqueux de la bronchite masquait le râle crépitant des hépatisations lobulaires, peu nombreuses, du reste.

Considérations générales sur la pneumonie lobulaire.

Dans les généralités qui vont suivre, je vais tâcher de grouper les inductions qu'on peut tirer des observations précédentes, et dont plusieurs ont déjà trouvé place dans les réflexions qui terminent l'histoire de chaque malade. J'aurais pu multiplier les observations de pneumonies lobulaires, mais je ne ferais par là que surcharger ce Mémoire de faits, sans pouvoir ajouter aux traits que présentent ceux qu'il renferme; d'un autre côté, j'aurais pu citer quelques observations de pneumonies lobulaires guéries. Il n'est rien moins que rare, en effet, de trouver des malades qui présentent l'ensemble des symptômes de cette maladie et guérissent parfaitement bien. Cette vérité se réalise surtout dans la pratique particulière, où les chances de guérison sont bien plus grandes que dans la pratique des hôpitaux. La pneumonie lobulaire ne me semble même ordinairement causer un grand danger que par la violence et la grande étendue de la bronchite concomitante, ou par la coïncidence d'autres maladies. Si je n'offre point ici d'observations de guérison, c'est que ces observations, qui n'ont point reçu le sceau de l'autopsie, ne me paraissent pas d'une grande utilité dans la description. Je me borne donc aux précédentes, qui présentent des exemples de toutes les variétés, à moi connues, de l'hépatisation mamelonnée des poumons.

Cette affection n'est rien moins que rare, elle l'est cependant encore plus que la pneumonie ordinaire. Je ne crois pas, en effet, être démenti si je dis que, à l'hôpital des Enfans malades, la grande majorité des autopsies signalent des hépatisations simples des poumons. Cette affection et la colite chronique, enlèvent la plupart des malades qui succombent dans cet établissement. L'hépatisation lobulaire, que j'appellerai encore multiple, paraîtrait plus commune, si beaucoup des malades qui en sont attaqués n'étaient pas rendus à la santé. Quoi qu'il en soit, dans une seule année, et dans le service de M. Jadelot seulement, vingt-cinq cadavres, au moins, m'ont permis d'observer ces caractères anatomiques bien tranchés. La cause prochaine, celle à laquelle elle me paraît liée par un rapport presque constant, est la bronchite intense. Il est rare, en effet, qu'une inflammation violente des bronches ne précède l'hépatisation lobulaire, et ne se montre, à l'autopsie, en même temps que cette affection, qui ne serait, pour ainsi dire, que le résultat de l'extension de la phlegmasie de ces conduits aux vésicules qui les terminent. Aussi l'observe-t-on souvent à la suite de la coqueluche, de rougeole et du catarre suffocant. On a dit que l'inflammation des bronches accompagnait constamment la fluxion de poitrine : on avait raison, si on voulait seulement parler des tuyaux bronchiques qui siégent au centre de l'induration, et participent nécessairement à la phlegmasie circonvoisine; on avait tort, si on prétendait que la bronchite est étendue dans ce cas aux premières divisions des bronches, et cause l'inflammation du poumon. C'est le contraire qui a lieu. Qu'observe-t-on, en effet, chez la plupart des péripneumoniques? des hommes vigoureux, au milieu d'une santé florissante, sont pris de malaise, de frissons et de fièvre. Puis apparaissent le point de côté, la toux, et enfin tous les symptômes qui annoncent l'inflammation des poumons. Ne vous semble-t-il pas assister d'abord au début d'un de ces accès de fièvre intermittente, pendant lequel le mouvement de perturbation imprimé aux principales fonctions de l'organisme finit par se concentrer sur un organe intérieur : c'est la diathèse de stimulus, dont l'effet se fait ressentir au poumon. Seulement l'excitation étant portée à un haut point, et l'organe affecté n'étant pas de ceux dont l'inflammation peut se dissiper pour reparaître plus tard, elle persiste, ainsi que la fièvre, qui ne laisse cependant pas de présenter des exacerbations encore inexpliquées. Il est si vrai que malgré l'affection locale, la pneumonie est une maladie générale à son origine, et qu'elle reste quelque temps sous la dépendance de l'affection générale, que, lorsque la fièvre cesse, l'inflammation pulmonaire peut bien subsister encore dans toute sa force, comme le démontre ses signes physiques et rationnels; mais, à moins d'une mauvaise disposition des organes pectoraux, elle cesse ordinairement d'être dangereuse; et la résolution, qui n'est plus entravée par la perturbation générale, s'en fait facilement. Quelquefois la persistance du râle crépitant annonce qu'elle se fait lentement; mais tant que la fièvre ne reparaît point, on peut espérer de voir bientôt la guérison complète. La saignée, les antimoniaux, agissent en arrêtant le mouvement fébrile qui empêche la résolution. La couenne qui recouvre le sang tiré des veines d'un péripneumonique n'est-elle pas un signe de l'affection générale qui domine l'affection locale? ne disparaît-elle pas ordinairement avec le danger, quand le trouble général disparaît?

Ces réflexions sur la pneumonie expliquent comment le danger, dans cette maladie, n'est pas toujours en raison de l'étendue de l'induration; comment l'accélération du pouls produit quelquefois plutôt celle des mouvemens respiratoires, qu'elle ne signale l'extension plus ou moins grande de l'affection locale. Je sais qu'on peut rétorquer l'argument, et dire que si la fièvre tombe dans la pneumonie au moment où elle cesse d'offrir du danger, c'est que la phlegmasie pulmonaire est moins vive. Mais alors, qu'on m'explique comment tout annonce souvent que cette inflammation garde ses limites encore pendant quelque temps; à l'opposé des phlegmasies qui tiennent la fièvre sous leur dépendance, des phlegmasies, par exemple, de cause externe, l'on ne voit le mouvement fébrile diminuer que lorsque la résolution commence, ou quand la suppuration s'est effectuée. D'après ce qui précède, je me crois en droit de regarder la pneumonie comme une maladie d'abord générale; c'est du moins là ce qui me semble arriver souvent (1). Les choses sont loin de

(1) Il est bien clair que, lorsque la phlegmasie pulmonaire a pris une extension et une activité très-grandes elle devient la maladie principale, et se conduit indépendamment de l'affection générale qu'elle domine à son tour.

se passer ainsi dans la pneumonie lobulaire ; elle se montre chez les enfans tourmentés par une toux très-forte, quelquefois de longue durée, et à la suite de cette toux. La bronchite en signale le début. Là, point de ces mouvemens fluxionnaires et de concentration des forces vitales sur un organe. Les vésicules s'enflamment, comme la vessie s'enflamme à la suite d'une urétrite intense, par continuité de tissu; au lieu que les bronches et la plèvre s'enflamment dans l'hépatisation simple, par contiguité d'organes. La rareté des fluxions de poitrine, à la suite de l'affection catarrale connue sous le nom de grippe, montre bien le peu d'influence de la bronchite, même très-intense, sur le développement de la pneumonie. Je ne sais si les enfans atteints de l'affection épidémique sont disposés à la pneumonie lobulaire. Je n'ai point eu l'occasion de vérifier cette proposition, qui, si elle était résolue positivement, viendrait à l'appui de mes observations sur la bronchite des enfans.

J'établirai encore, comme caractères distinctifs des deux espèces d'hépatisation, la fréquence de la pleurésie dans les cas de pneumonie ordinaire, tandis qu'elle manque presque toujours dans les cas d'hépatisation mamelonnée, et la possibilité, pour cette dernière, de la guérison par induration. Cette terminaison, dont la onzième observation me paraît offrir un bel exemple, n'est guère possible dans la pneumonie simple la plus circonscrite, vu qu'elle suit assez fidèlement les phénomènes généraux de la maladie, s'accroit avec eux et cause la mort, ou bien se termine par le retour à l'état normal. Les pneumonies chroniques signalées par M. Broussais, dans son bel ouvrage sur les phlegmasies de longue durée, n'offrent point de caractère anatomique particulier : elles sont bien plutôt la prolongation d'une maladie qu'une terminaison. Les pneumonies lobulaires ont, au contraire, une grande tendance à revêtir un caractère de sécheresse d'où il pourrait résulter souvent des noyaux d'endurcissement au sein des poumons affectés, si la mort n'était le résultat d'autres maladies.

Pourquoi les pneumonies lobulaires ne paraissent-elles guère que dans les dix premières années de la vie? Il est difficile de répondre à cette question. Cependant il se peut que leur fréquence, dans le jeune âge, tienne à une constitution particulière du poumon à cette époque de la vie, et à la violence des affections bronchiques qui se montrent dans l'enfance.

Les caractères anatomiques de la pneumonie lobulaire sont, comme on a pu le voir, faciles à saisir. Lors même que les lobules carnifiés se sont réunis, la surface des parties malades offre encore, dans les saillies et les sillons interlobulaires, la démarcation des pneumonies partielles. La masse indurée n'offre jamais, d'ailleurs, une homogénéité aussi complète que dans l'hépatisation simple. Il suffit d'avoir vu et touché une fois cette altération, pour la reconnaître toujours. Quelquefois les indurations qui la forment sont très-nombreuses, très-petites, éparses dans la substance saine des poumons, sur laquelle elles tranchent d'une manière notable; leurs bords se présentent toujours nettement coupés; elles offrent plusieurs degrés. Au premier degré, elles sont peu dures, d'un rouge noir, moins bien limitées qu'à une époque plus avancée ; au second degré, elles présentent la forme qu'on leur a vue dans la plupart des observations précédentes : elles ont plus de dureté que la majeure partie des hépatisations simples. Il m'est pourtant arrivé de trouver quelquefois celles-ci dans un état de sécheresse, et avec un aspect grisâtre, qui les rapprochaient beaucoup de l'induration lobulaire grise. Cette variété constitue le troisième degré de l'hépatisation multiple. Les saillies, de rouges qu'elles étaient, deviennent grises, et acquièrent plus de dureté. Dans cet état, le tissu cellulaire interlobulaire devient quelquefois plus blanc et plus compacte. Leur volume varie d'une aveline à une petite noix. Quand elles sont situées à l'intérieur du poumon, on ne saisit pas la démarcation des lobules; mais la crépitation tout-à-fait normale du tissu pulmonaire qui les entoure, ce qui n'a pas lieu dans la pneumonie ordinaire, et leur grande dureté, suffisent pour faire reconnaître leur véritable caractère. Quelquefois elles sont compliquées de tubercules, quelquefois d'emphysème. J'ai dit plus haut la cause probable de cette infiltration gazeuse. Elles occupent indistinctement toutes les parties du poumon, tandis que l'hépatisation simple affecte ordinairement la base de cet organe.

Je n'ai jamais vu l'hépatisation lobulaire au degré de la suppuration (1). Le défaut, ou du moins la rareté de cette terminaison, tient sans doute, 1° à ce que la résolution est facile dans cette espèce de pneumonie, qui emprunte à la bronchite ou aux maladies accessoires une grande partie du danger où elle met les malades; 2° à ce que le pus qui peut en être le produit a beaucoup de plasticité, et se combine facilement avec le tissu induré.

Le diagnostic de la pneumonie lobulaire, facile ordinairement, peut l'être beaucoup moins quand elle ne consiste que dans quelques noyaux d'induration qui occupent le centre d'un des poumons. Il est rare cependant que le râle crépitant manque, mais il peut se trouver masqué par le râle plus fort de la bronchite; il est quelquefois également difficile de distinguer cette inflammation de l'hépatisation simple du poumon. Heureusement que, dans ces deux cas, l'erreur n'est pas importante pour le traitement que les circonstances connues de la maladie doivent rendre nécessairement antiphlogistique : un peu plus de persévérance est nécessitée cependant par le développement d'une pneumonie lobulaire, à la suite de la bronchite. L'erreur sera, du reste, le plus souvent évitée, si l'on se rappelle ce que j'ai dit dans les réflexions qui suivent les premières observations. Dans les pneumonies lo-

(1) Une fois, cependant, chez un malade d'une trentaine d'années, mort à l'hôpital Necker, vers la fin de février 1826, après trois ou quatre jours de séjour à l'hôpital, pendant lesquels il avait présenté une oppression extrême, du râle crépitant dans les deux poumons, une expectoration puriforme, de l'aphonie, beaucoup de toux et du délire, je trouvai les bronches très-rouges, un œdème sanguinolent considérable des deux poumons, çà et là de petits abcès au milieu du tissu crépitant, et des noyaux de substance pulmonaire infiltrée d'une matière friable, rosée; un liquide puriforme sortait des bronches. Le malade toussait depuis longtemps, maigrissait; on le regardait comme phthisique. Il n'y avait nulle part de tubercules. La lésion anatomique, trouvée chez ce sujet, se rapprochait beaucoup de la pneumonie lobulaire. Malheureusement, à cette époque, je ne connaissais qu'imparfaitement cette maladie, et je ne puis avoir que des soupçons assez fondés sur la nature de l'altération trouvée chez le malade de l'hôpital Necker.

bulaires, à moins que les lobules indurés n'aient fini par se réunir, la matité n'existe point à un degré bien appréciable, malgré la longue durée de la toux et du râle crépitant. Ce râle change souvent de place et même de caractère, ce qui tient à la multiplicité des noyaux d'engorgement et à la coexistence de la bronchite, qui se manifeste par les râles muqueux et sibilant : le bruit respiratoire offre quelquefois un peu de sécheresse, mais il ne manque point, comme dans la fluxion de poitrine qui dure depuis quelque temps. En résumé, le caractère fugace des symptômes, l'absence de ceux qui prouvent que l'air ne peut parvenir jusqu'aux extrémités des bronches, de la bronchophonie, du souffle bronchique, la circonstance d'une bronchite qui a précédé et accompagné à un haut degré l'inflammation lobulaire, l'absence des signes de la pleurésie, qui complique si souvent la pneumonie simple, forment l'ensemble des signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer l'hépatisation mamelonnée. Inutile de dire que, sans le stéthoscope, le diagnostic de cette maladie sera souvent impossible. Il faut, dans ce cas plus que dans tout autre, faire un fréquent usage de cet instrument. Je ne parle point ici des signes qui se retrouvent dans la fluxion de poitrine, tels que l'accélération du pouls qui peut être peu considérable si l'inflammation est peu étendue, de la précipitation des mouvemens respiratoires. Dans la pneumonie lobulaire, le point de côté est extrêmement rare; les crachats, qui manquent presque toujours chez les enfans, sont ordinairement ceux du catarre pulmonaire, et non les crachats rouillés qui caractérisent si bien la péripneumonie; double circonstance qui rend plus obscure le diagnostic de l'hépatisation lobulaire. On a vu cependant, dans la première observation de ce Mémoire, les crachats fortement rouillés, mais aussi l'hépatisation était considérable.

Le traitement de cette affection est celui de la bronchite aiguë très-intense, de la pneumonie simple. C'est à tort, je crois, qu'on a dit que les enfans supportaient mal la saignée de bras. J'en ai vu de fort bons résultats, à cet âge, dans les inflammations aiguës des organes pectoraux. Rarement alors elle produit la syncope. Il faut cependant éviter de la pousser trop loin : deux palettes, chez les enfans robustes, de huit à dix ans, suffisent ordinairement. Des sangsues sur les points où existe le râle crépitant, des cataplasmes émolliens secondent bien la saignée. Les vésicatoires sur la poitrine produisent beaucoup d'irritation chez les enfans, et, à moins que la maladie ne prenne un caractère chronique, ils doivent être remplacés par des cataplasmes de farines de graine de lin et de moutarde, mélangées dans des proportions convenables.

Les boissons seront adoucissantes; et la diète, d'abord très-sévère, ne devra pas être poussée au point de trop affaiblir. Des bouillons de veau et de poulet, des boissons gommeuses, du lait coupé, soutiennent le malade sans fournir d'aliment à la phlegmasie.

Je n'insisterai pas davantage sur un traitement qui se retrouve partout, et qui ne m'offrirait point l'occasion de mettre au jour de nouvelles propositions. J'ajouterai seulement que, comme le meilleur précepte est de prévenir les maladies, on ne saurait trop faire d'attention aux catarres pulmonaires des enfans, si on veut les empêcher de se terminer par la pneumonie lobulaire. Il est remarquable, en effet, combien est grande la susceptibilité de l'appareil bronchique, dans le jeune âge, et de combien d'affections la phlogose de cet appareil peut être le point de départ. Il y aurait, je crois, un beau travail à faire sur la bronchite, considérée comme l'origine et le lien de plusieurs maladies. Là, en effet, indépendamment des granulations de Bayle et des tubercules bronchiques et pulmonaires, dont la cause, du moins prochaine, est souvent dans une inflammation chronique des bronches, on verrait se grouper la pneumonie lobulaire, l'œdème du poumon, la coqueluche, l'emphysème pulmonaire et l'asthme nerveux, résultat assez fréquent des catarres bronchiques de longue durée, espèce de constriction spasmodique des extrémités des bronches. Pour moi, qui m'étais proposé un sujet bien moins difficile, je ne puis qu'indiquer ici le but que je souhaite de voir atteindre par d'autres, heureux si je puis parvenir à laisser quelques traces sur la route qu'ils auront à parcourir.

Considérations nouvelles sur le seigle ergoté; par A. Lalesque, D. M. P., à La Teste (Gironde).

Les controverses qui se sont élevées au sujet du seigle ergoté ont pris un tel caractère d'exagération, qu'il devient indispensable de rechercher par des essais nouveaux, quelle est l'influence de cet agent thérapeutique sur l'économie animale.

En Amérique, en Angleterre, en France, on à beaucoup parlé, beaucoup écrit sur cette matière, et même en sens opposé. Au milieu de toutes ces discussions, l'esprit flotte incertain, et chacun sent le besoin de savoir par lui-même ce qu'il faut adopter ou rejeter de ces opinions contradictoires. En publiant les deux observations qu'on va lire, je n'ai point eu la prétention de m'établir arbitre entre les deux parties, et de juger en dernier ressort. Un tel jugement doit être basé sur des preuves beaucoup plus nombreuses que celles que je possède. Ce qui m'a décidé à publier ces faits, n'est que l'étonnement dont je me suis trouvé frappé par la comparaison de leurs résultats avec ceux obtenus par mes honorables confrères. D'ailleurs ces deux observations offrent en même temps un point de vue tellement opposé aux assertions d'une époque déjà loin de nous, que si des expériences nouvelles venaient à confirmer mes conclusions, tout ce qu'on a dit sur l'ergotisme serait dénué de fondement.

Obs. 1. (1) — L'épouse Darbeau, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution assez forte, mariée depuis dix-huit mois, n'est plus menstruée il y a trois mois. Elle se croit enceinte. Son embonpoint général diminue, une pâleur chlorotique se répand sur toute sa personne. Les muqueuses visibles participent à ce genre de coloration. Le ventre acquiert un volume rapide : un poids incommode se fait sentir dans la région hypogastrique, et des douleurs continuelles accompagnent cet état de turgescence abdominale. Il y a eu, à deux reprises, dans le deuxième mois de l'absence des règles, des pertes séreuses peu abondantes. La matrice qui, dans le premier mois de son accroissement, paraît avoir acquis le volume d'une forte tête

(1) Cette observation appartient aux premiers mois de ma pratique médicale. Elle renferme une erreur de diagnostic, qui fut sans conséquence pour la femme qui en est l'objet, et pour l'enfant que cette femme portait en son sein.

d'adulte, n'a pas augmenté depuis deux mois, et se présente au toucher sous la forme d'une sphère, à travers les parois abdominales. Je fus appelé à cette époque. Je trouvai la malade telle que je viens de la dépeindre. Elle était chlorotique, faible et sans appétit : son pouls était un peu fébrile, son sommeil nul : il y avait de la sécheresse à la bouche, de la soif, une inertie morale et physique très-prononcée. Le palper de la région hypogastrique augmentait les douleurs que la malade y ressentait depuis trois mois.

A peine sorti des bancs de l'école, le cas me parut très-embarrassant. Je ne pus comprendre une grossesse, parce qu'il me paraissait tout-à-fait anormal de voir, dans le premier mois, le volume de l'utérus affecter des dimensions si étendues. Il me paraissait plus anormal encore de voir ce même volume rester stationnaire pendant deux mois, après un développement si singulier pendant les premiers trente jours. Quant aux douleurs, à la soif, à la fièvre, etc., je concevais très-bien qu'elles fussent l'effet d'une métro-péritonite concomitante.

Je fis de vaines instances pour pratiquer le toucher du col de l'utérus, la malade n'y consentit jamais. Enfin, après bien des réflexions, bien des hypothèses et bien des tâtonnemens, je me crus fondé à diagnostiquer une fausse grossesse.

L'usage d'une médication adoucissante fit disparaître les douleurs, la soif et la fièvre. L'état général de chlorose dans lequel était cette jeune femme, m'engagea à prescrire les bains de mer, et son état spécial me fournissant l'occasion d'essayer la puissance du seigle ergoté sur la contractilité de l'utérus, je prescrivis une tisane faite avec demi-once de seigle ergoté concassé et récent, sur un litre d'eau, jusqu'à réduction d'un tiers, et, pour édulcorer cette tisane, du sirop de quinquina, à la dose d'une once par jour. La malade prit un bain de mer tous les jours, pendant un mois. L'appétit revint bientôt, les forces et l'énergie morale sortirent de leur torpeur précédente, et la santé de la malade parut être parfaite. Pendant ce même temps, elle prenait chaque jour une pinte de tisane de seigle ergoté. Après trois semaines de cette dernière médication, la malade commença à ressentir quelques légères torminations dans la région hypogastrique. Cet état de choses, qui s'était accru chaque jour, durait depuis une semaine et me donnait l'espoir d'obtenir incessamment l'expulsion du faux germe soupçonné, lorsque la tumeur parut augmenter de volume, et devint le siége de mouvemens réels, apparens pour la malade et pour moi-même, mouvemens qui nous apprirent à tous deux qu'une production vivante s'agitait au sein de la tumeur. Le sthéthoscope me confirma tout-à-fait la grossesse de la femme Darbeau. Je fis immédiatement cesser le seigle ergoté. Les coliques torminantes se montrèrent encore deux ou trois jours, à des intervalles de plus en plus éloignés; elle s'éteignirent enfin complètement; et quand le temps fut venu, la malade accoucha d'une fille pleine de force, de vie et de santé. La saison des bains de mer étant finie, la malade cessa d'en faire usage vers le milieu de son cinquième mois de gestation, quinze ou dix-huit jours après la suspension du seigle ergoté.

Réflexions. — Le long espace de temps qui s'est écoulé entre l'administration de l'ergot de seigle et les premiers effets de cette substance, éprouvés par le sujet de cette observation, sont tellement éloignés des assertions déjà publiées par ceux qui font du seigle ergoté le moyen obstétrique le plus puissant, que je ne puis réellement supposer que cette substance ait toute la valeur qu'on ne cesse de lui attribuer. En effet, les ergotistes, comme les nomme M. Capuron, prétendent que 24 grains de cette substance produisent sur l'utérus des contractions énergiques capables d'amener un avortement, ou de terminer un accouchement trop lent dans l'espace de deux heures, terme moyen. Je l'ai fait prendre, comme on a pu le voir, à la femme Darbeau, à la dose de demi-once par jour, pendant trois semaines, et je n'en ai pu constater les effets que le 21e jour. Certes, la différence est très-grande, puisqu'elle rentre dans la proportion de 24 : 288 pour la dose, et de 2 : 504 pour le moment de l'influence médicatrice.

Obs. II. — Mademoiselle Marie-Aimée Bourdain, âgée de dix-sept ans, d'un tempérament nerveux-lymphatique. Sauf les petites indispositions d'enfance, qu'on rencontre chez le commun des individus, sa santé s'est toujours montrée parfaite. Malgré cet état, son teint n'a jamais été animé. Cette jeune personne, au contraire, a toujours été pâle : ses muqueuses ont participé à l'anémie générale, qui ne l'a pas empêchée de jouir d'un certain embonpoint. Son éducation, sans avoir été très-soignée, n'a pas, selon toute apparence, imprégné son esprit et son corps d'habitudes vicieuses.

A l'âge de seize ans, sans indisposition préalable, mademoiselle Aimée eut ses règles. Elles furent peu copieuses et de courte durée. Depuis lors elle ne s'est plus vue. A cet état d'aménorrée, s'est jointe une pâleur plus prononcée qu'auparavant; elle avait quelque chose de plombé. Cependant l'appétit était bon et l'enbonpoint ne diminuait pas. Cet ordre de choses continua quelque temps encore, sans que le moral de la jeune personne en parût sensiblement affecté; mais il ne tarda pas à s'abattre. Mademoiselle Aimée devint languissante, apathique, le moindre exercice la fatiguait, un besoin irrésistible de sommeil s'emparait d'elle après chaque repas. Il ne s'est pas joint la moindre trace de douleur à cet état (Chlorose). Ces derniers phénomènes ont continué jusqu'au mois de janvier 1733. A cette époque, l'état morbide de mademoiselle Aimée s'est accru. Ses digestions sont devenues pénibles; elle a commencé a maigrir. Effrayé de l'état de sa fille, madame la veuve Bourdain consulta mon père, le 28 janvier dernier. Il fut prescrit à la jeune personne une petite saignée du pied, un petit nombre de sangsues tous les quinze jours, des bains de pied sinapisés, des frictions sèches et des fumigations aqueuses dirigées vers le siége. Cette médication ne produisit aucun amandement. Le 10 janvier, mon père se rappelant les effets que j'avais obtenus sur le sujet de la précédente observation, forma le projet d'expérimenter le seigle ergoté. Il en prescrivit 2 gros en tisane. La malade commença l'usage de cette substance le 11 janvier. Cinq ou six jours après, mademoiselle Bourdain se sentit beaucoup d'appétit; ses digestions devinrent bonnes; son esprit y gagna un peu de vivacité; enfin elle éprouva moins de fatigue et de dégoût à faire de l'exercice. Cet état s'accrut assez rapidement. Le 12 mars, elle s'aperçut qu'elle avait une perte blanche assez abondante, et le 14, cette perte leucorrhéique fut remplacée par une copieuse apparition des règles qui durèrent quatre jours. Depuis cette époque, le caractère de la jeune personne a pris la couleur et la vivacité de son âge; l'exercice lui plaît, l'appétit est bon, le sommeil aussi; le goût du travail lui est revenu, et les fleurs de la jeunesse commencent à briller sur son teint. Il est inutile d'ajouter qu'aucun des symptômes qui ont caractérisé

jusqu'à ce jour l'ingestion du seigle ergoté à haute dose, ne s'est manifesté dans le courant du mois pendant lequel la jeune personne en a fait usage.

Réflexions. — Ici, le seigle ergoté s'est montré moins actif encore que dans la précédente observation. La dose, il est vrai, n'a pas été portée aussi haut que pour la femme Darbeau; mais il y avait moins de véhicule. Quoique la proportion fût moitié moindre, 24 : 144, les résultats, loin de se rapprocher du résultat des ergotistes, s'en sont éloignés beaucoup plus : car, dans cette dernière observation, la mesure de l'action médicatrice est dans la proportion de 2 : 760, comparée avec les assertions de ces Messieurs.

Après de telles données, il me paraîtrait bien irrationnel d'admettre, de la part de l'ergot de seigle, une action prompte, instantanée, héroïque, sur l'utérus, tant dans l'état de grossesse que dans son état de vacuité. Ce qu'il me paraît rationnel d'admettre, c'est un effet lent, successif, fidèle à la vérité, mais n'agissant sur l'utérus qu'après avoir saturé, pour ainsi dire, toute l'économie; ce que prouve la disparution de l'état chlorotique des deux malades dont je viens de rapporter l'histoire; car on a pu voir que les signes de congestion utérine ne se sont manifestés qu'ultérieurement à cet état.

Il me reste à examiner les effets délétères qu'on a dit provenir du seigle ergoté pris à fortes doses.

Tout le monde a lu qu'une maladie qui régna d'une manière épidémique dans le Vogtland, en France, en Angleterre, en Allemagne, etc., dans les années 1648, 1650, 1674, et suiv., connue sous le nom de convulsion céréale, fut attribuée à l'ergot de seigle. Il y a quelques années, une maladie à peu près semblable fut observée à Paris : on la désigna sous les noms d'ergotisme, de myélite érythémateuse, etc. On disait, à ces deux époques, que les accidens étaient d'autant plus graves, que l'ingestion du seigle ergoté avait été plus copieuse, et que le résultat de cette substance prise à petites doses, mais long-temps continuées, était de produire des accidens spasmodiques, ayant quelque analogie avec l'ivresse. Or, les deux sujets des deux observations précédentes n'ont pas présenté la plus légère trace de ces accidens. Ce que j'ai observé, Linné l'a expérimenté, et mes résultats sont semblables aux siens. Qu'en conclure? Que le doute règne encore sur les qualités promptement obstétriques du seigle ergoté, et sur les effets meurtriers de cette substance, et que de nouvelles expériences doivent être tentées pour fixer définitivement l'histoire incomplète de ce médicament.

Il résulte de tout ce qui précède :

1° Que le seigle ergoté paraît avoir sur la matrice, dans ses deux états de grossesse et de vacuité, une action fidèle, mais lente :

2° Que la dose à laquelle le seigle ergoté doit être porté, doit surpasser de beaucoup la dose à laquelle on l'a prescrite jusqu'à ce jour;

3° Que la lenteur des effets du seigle ergoté, continué chaque jour sous la même quantité, paraît tellement éloignée de la promptitude d'action attribuée par les ergotistes à la même substance sous une très-faible dose, que leurs assertions semblent devoir être infirmées ultérieurement;

4° Que l'ergot de seigle ne paraît pas agir primitivement sur l'utérus, mais bien sur l'économie tout entière, et secondairement sur l'appareil de la génération, après la saturation de toute la masse organique;

5° Qu'il agit à la manière des toniques, tels que le fer, l'hydriodate de potasse, etc.;

6° Qu'il est un excellent antichlorotique dans la chlorose par aménorrhée;

7° Enfin, qu'une assez grande quantité de cette substance (dix onces en vingt jours, obs. I; huit onces en trente jours, obs. II), prise en un temps donné, sans interruption, ne détermine aucun symptôme d'ergotisme.

Considérations générales sur l'affection typhoïde (1); Par M. Jules Pelletan, D. M. P.

Qu'est l'observation, si l'on ignore le siége du mal?

BICHAT.

Il y a encore maintenant dans la science, malgré les travaux des modernes et le progrès des esprits dans la doctrine anatomique, un système qui, dans un assez grand nombre de cas, dénomme les maladies d'après un ou plusieurs phénomènes, et non d'après la lésion organique que l'examen cadavérique fait découvrir. On prétend, en agissant ainsi, que, dans le groupe de symptômes qui ont été réunis, et à la tête desquels un nom a été inscrit, que dans ce groupe, dis-je, la lésion anatomique n'est pas la cause des phénomènes observés, mais plutôt un effet, et encore un effet non constant, non obligé, puisque souvent ces symptômes existent sans que l'altération organique coïncide.

Parmi les maladies qui restent encore dans cette espèce de vague médical, si je puis ainsi dire, l'affection dite typhoïde occupe peut-être le premier rang, tant sous le rapport de sa fréquence et de sa gravité, que sous celui de l'importance qu'y rattache une foule de belles recherches.

C'est ce point que je me propose de traiter dans ce travail, que je prends la liberté d'exposer comme le résultat des réflexions que m'ont fait naître l'examen des observations recueillies dans le service de M. Bouillaud, et les belles leçons de ce professeur sur cette matière.

Certains pathologistes ont remarqué, réuni un ensemble de symptômes, tels que la stupeur, la prostration, la faiblesse, la fuliginosité de la langue, des dents, la fétidité de l'haleine, le ballonnement du ventre, avec ou sans sensibilité à la pression, avec ou sans diarrhée, les défaillances, et, dans quelques cas, des épistaxis, des éruptions à la surface de la peau, etc., et, après avoir noté et observé ces phénomènes dans un certain nombre de cas, ils ont dit : nous nom-

(1) J'éprouve, en commençant, une difficulté assez embarrassante, c'est de ne pas savoir comment désigner les maladies dont j'ai l'intention de parler; je viens combattre, comme vicieuse, la dénomination d'affection typhoïde, sous laquelle elles sont généralement connues; d'un autre côté je ne puis, de prime abord, leur imposer des noms qui résulteront de l'ensemble de ce travail, et qui en seront, pour ainsi dire, les conclusions. Ainsi pour qu'il soit possible de s'entendre, je préviens ceux qui voudront bien me lire, que je prendrai, pour désigner les maladies dont je vais parler, soit les noms de *fièvres ou affections typhoïdes*, sous lesquels elles sont généralement connues, soit ceux des fièvres de Pinel, en annonçant que je n'y attache aucune valeur et que je ne les adopte que provisoirement. (J. P.)

mons cet ensemble, fièvre typhoïde, affection typhoïde; mot excellent qui ne nous engage à rien, qui ne nous dit pas quelle est la lésion organique, le point de la maladie; mot qui sera invariable, soit qu'on trouve ou non l'altération des follicules intestinaux, soit même qu'il existe une ou plusieurs lésions dans d'autres organes. Ces observateurs se croyaient même d'autant plus autorisés à penser ainsi, qu'ils trouvaient à la suite de ces maladies plus de lésions différentes. Ils se jetèrent alors dans une synthèse vague et obscure, au lieu de suivre une méthode inverse. Nous verrons plus loin quels ont été les résultats de cette manière d'envisager la question. L'idée générale qui les avait portés à adopter une pareille marche, les a naturellement conduits à combattre une doctrine qui a une toute autre manière de philosopher, une doctrine qui suivant une marche analytique rigoureuse, cherche le plus possible à localiser, et qui, regardant les maladies comme différentes, suivant qu'elles ont un point de départ différent, a rapporté les affections typhoïdes à des causes distinctes et variées, et les a classées et dénommées suivant cette seule considération. Ainsi, regardant les phénomènes typhoïdes comme produits, dans un certain nombre de cas, par une altération particulière des follicules de l'intestin, elle a donné à cette réunion de symptômes le nom d'entérite folliculeuse, ou toute autre dénomination équivalente, mais dont l'esprit est évidemment l'énoncé d'un rapport établi entre la lésion observée comme cause productrice, et les phénomènes morbides comme résultats constans.

Les adversaires de cette doctrine ont soutenu que ce rapport n'existait pas; ainsi ils ont dit : cette dénomination est fausse, elle mène à des résultats erronnés; il est évident que ce n'est pas l'inflammation ulcérative des follicules intestinaux qui est le point de départ, ou même la condition obligée de l'apparition des symptômes typhoïdes, puisque nous les avons vus survenir, dans quelques cas, sans que l'autopsie nous ait fait découvrir cette lésion. Nous convenons bien qu'elle peut exister dans la majorité des cas, mais il suffit qu'elle manque dans un seul, pour qu'on ne soit pas admis à affirmer qu'elle doit en être regardée comme la cause. Ces pathologistes ne se sont pas aperçus qu'ils tombaient dans un étrange abus de raisonnement; ils n'ont pas pris garde que des effets identiques peuvent être dus à des causes différentes, et qu'ainsi il n'est pas logique de vouloir tout confondre et de ne vouloir reconnaître aucune cause distincte, parce que celle-ci a pu varier dans la production des phénomènes observés. Et pour me servir d'une comparaison un peu grossière, mais qui rendra bien mon idée, c'est comme si un chirurgien n'admettait pas au nombre des causes de la fracture les coups ou les chutes, parce que l'on voit quelquefois des fractures survenir sans être produites par ces violences extérieures. De même l'état typhoïde, et j'entends par là toute la série de symptômes énumérés plus haut, peut être dû à beaucoup de causes différentes. L'inflammation ulcéreuse des plaques de Peyer le détermine le plus souvent; mais il ne faut pas oublier que beaucoup d'autres lésions peuvent aussi le produire. Ainsi, les nombreuses formes des affections cérébrales, une phlébite, surtout une phlébite utérine, et peut-être même une franche gastro-entérite, peuvent présenter les phénomènes que les médecins dont je parle ont intitulés affections typhoïdes, de sorte qu'il est tout simple que, dans tous ces cas, on n'ait pas rencontré l'altération des plaques intestinales, puisque c'était à une cause autre qu'étaient dus les symptômes typhoïdes. Voilà quel est l'abus de concevoir une affection insaisissable, de ne pas vouloir la localiser, de dire : elle est partout et nulle part, c'est que l'on conçoit très-bien que le traitement, but de tous nos efforts ne doit pas être le même lorsqu'il s'agit de traiter deux altérations différentes, lors même que ces altérations, par un mécanisme que je chercherai à expliquer plus tard, arriveraient à produire des effets semblables, que, dans un cas, le traitement guérira l'altération et fera céder les symptômes consécutifs, tandis que, dans tel autre, la médication ne portant pas sur la cause déterminante, les phénomènes morbides continueront à marcher et à s'aggraver. Ainsi je conçois, jusqu'à un certain point, que les stimulans, les toniques, malgré quelques inconvéniens, puissent guérir des ulcérations, de vrais chancres dans les intestins; je conçois encore que les chlorures qui servent à panser, à désinfecter ces véritables plaies internes, les guérissent, les cicatrisent, et fassent ainsi disparaître les accidens qui en sont la suite, mais je ne conçois pas, et je crois même que personne ne concevrait l'utilité de ces moyens, si l'état typhoïde était produit par une inflammation des méninges ou toute autre lésion du centre nerveux.

Ce n'est donc pas ici une guerre de mots : si j'attaque celui d'affection typhoïde, c'est non-seulement parce qu'il ne dit rien, mais encore parce qu'il peut conduire à une idée fausse sur l'état pathologique qu'on a devant les yeux. C'est parce qu'une fois inscrit à la tête d'une observation, on a constaté des symptômes, mais on n'a pas diagnostiqué une maladie. On pourra, si je ne me suis pas bien expliqué, me répondre : Nous sommes tout-à-fait du même avis, nous disons comme vous, que, dans ce que nous appelons une fièvre typhoïde, nous ne trouvons pas toujours une ulcération des plaques de Peyer. Mais moi je dis plus, je dis que l'affection typhoïde, que j'appelle seulement les symptômes typhoïdes, sont dus à plusieurs causes premières, distinctes, qui en font alors des maladies différentes ayant leur siége, leur point de départ séparé, et pouvant exiger par conséquent un traitement différent. Je dis que l'entérite folliculeuse est bien, si l'on veut, une affection typhoïde, en cela que cette lésion produit des symptômes de cette nature, mais qu'il y a des affections typhoïdes qui sont des méningites, des phlébites, et peut-être aussi des gastro-entérites, etc.

Engagés dans cette voie mauvaise, et réellement contraire à toute idée progressive, les partisans du système que je combats ont été aussi conduits à une autre erreur grave : ayant retrouvé le cortége typhoïde dans toutes les fièvres graves de Pinel, ils ont rassemblé tous ces états si différens dans leur vaste et large dénomination. Si c'est corriger Pinel, j'avouerai que je préfère encore la faute à la correction. Je pense qu'il y a plus de véritable philosophie médicale dans la nomenclature et la classification des fièvres graves de cet illustre écrivain, que dans cette réunion hétérogène de lésions différentes rangées sous la même banniere. Il faut remarquer dans l'ouvrage de Pinel, que chacune des espèces est dénommee d'après le symptôme qui domine et qui existe constamment, tandis qu'ici l'épithète de typhoïde répond à tous ces états, quelquefois si différens, même sous le point de vue des symptômes.

Je ne pense donc pas que cette manière de voir soit fondée. Il n'est certes pas exact de dire que les fièvres inflammatoires, bilieuses, muqueuses, etc.,

sont des espèces de l'affection typhoïde. Cette dénomination serait encore plus défectueuse que celle de fièvres graves donnée par les anciens. Celle-ci n'avait pour inconvénient que d'être extrêmement vague, mais enfin elle était toujours juste, tandis que l'autre serait bien souvent fausse. En effet, il n'est pas exact de dire que tous ces états revêtent constamment des symptômes typhoïdes. A l'exception de la fièvre adynamique et de l'ataxique, dont les dénominations se rapprochent plus ou moins de celui de typhoïde, et qui sont, en effet, des affections où la stupeur et les symptômes concomitans sont obligatoires, puisqu'ils forment le nom et le type de la maladie, toutes les autres formes qui sont comprises, par ces pathologistes, dans la dénomination d'affection typhoïde, peuvent exister sans véritable état typhoïde. La fièvre inflammatoire, la bilieuse, la muqueuse, sont dans ce cas. Si l'on eût dit que ces différentes fièvres pouvaient se compliquer, ou même s'accompagner le plus souvent de symptômes typhoïdes, je l'accorderais; mais je ne pense pas que l'on soit en droit de les ranger toutes sous cette vaste dénomination, puisqu'il est évident qu'elles peuvent exister sans s'accompagner nécessairement d'état typhoïde. Je préférerais donc encore, si j'avais à choisir, la nomenclature de Pinel à celle que je combats. Je pense que ce système, qui a voulu faire revivre des opinions surannées, les a encore défigurées en les adoptant, et qu'il est, dans ce cas, en marche rétrograde.

Ainsi donc, pour me résumer, je dirai que j'admets bien les phénomènes typhoïdes survenant à la suite de telles ou telles lésions organiques, mais que je ne pense pas qu'il soit bon de prendre ces symptômes pour dénommer l'affection.

Je crois, par conséquent, que l'établissement, dans la science, d'un groupe appelé fièvre ou affection typhoïde, est défectueux. Il l'est, parce qu'en le conservant on n'arrivera jamais à s'entendre clairement sur l'affection qu'on voudra désigner. Il l'est parce qu'il confond ensemble un grand nombre de maladies qui ont entre elles un point de départ différent, et pouvant avoir ainsi un pronostic et un traitement distincts. Il l'est, parce qu'il réunit en outre des états morbides qui ne s'accompagnent pas nécessairement d'accidens typhoïdes, et qui ne doivent, par conséquent, pas y être compris d'une manière absolue. Il est, enfin, nuisible à la science, parce que, inscrit à la tête d'une foule de maladies importantes, il paraît être le dernier mot des pathologistes aujourd'hui en crédit, qui, se contentant d'une dénomination vague et banale, semblent, par leur influence scientifique, poser une borne devant les travaux qui auraient pour but de rechercher toutes les causes possibles et diverses de cet ensemble constant de symptômes.

Il existe en médecine, une méthode plus sûre, plus directe, plus philosophique, de comprendre, de classer et de dénommer les maladies, et je m'appuierai sur les principes suivans pour concevoir les différens états typhoïdes et les séparer en groupes distincts, suivant la lésion qui les produit :

Tout dérangement dans les fonctions tient à une lésion dans les organes, ou à une altération dans les fluides.

Toutes les fois qu'on peut constater de *visu* ou rationnellement une lésion d'organes ou une altération de liquides, il n'est pas permis de fonder sur d'autres considérations, le nom, la classification et la nature de la maladie.

Une lésion organique locale peut déterminer une altération organique générale.

Si, en suivant ces principes posés, tous les phénomènes morbides peuvent être expliqués et rattachés à une lésion matérielle, je pense qu'on sera plus avancé dans la connaissance de la maladie, qu'en se bornant à recueillir des symptômes, sans descendre plus avant sur le point de départ et la nature intime de l'affection.

Pour chercher à éclaircir le plus possible la question que je me suis proposée, prenons le cas le plus évident, et voyons comment nous arriverons, en allant du simple au composé, à rattacher, dans tous les cas, les phénomènes observés, aux lésions organiques qui les auront primitivement déterminés.

Il se présente un malade qui, à la suite d'une saignée, est pris de gonflement de la veine, de tension, de rougeur de la peau dans son trajet, d'écoulement purulent par l'orifice béant de ce vaisseau : bref, après quelque temps, ce malade est pris de frissons, de stupeur profonde, d'affaissement extrême des traits, de fétidité de l'haleine, de ballonnement de ventre, etc. Se bornera-t-on à dire que ce malade a une affection typhoïde? Non, sans doute, car on a sous les yeux l'altération matérielle qui a été le point de départ de la maladie. On voit une inflammation de la membrane interne de la veine, sécrétion de pus, transport de cette matière dans tout le système circulatoire, qui est véritablement empoisonné, et qui porte son action délétère partout, parce qu'il pénètre partout. Dans ce cas, une lésion organique locale, la phlébite du bras, aura déterminé une lésion organique générale, l'altération du sang.

Voici un cas bien tranché, sans doute, et dans lequel tout le monde sera d'accord, parce que l'on voit, l'on palpe, pour ainsi dire, le point de départ de tous les symptômes. Mais, allons plus loin : Une femme, à la suite d'un accouchement, est prise de frissons, de ballonnement du ventre, de douleur et d'un sentiment de tension dans cette région, de tous les symptômes, enfin, si bien décrits par Dance et plusieurs autres observateurs. Bientôt les symptômes typhoïdes surviennent; ici, on ne voit rien à l'extérieur, ici, pas de veine enflammée visible; appellera-t-on cependant cette maladie fièvre typhoïde? certainement non, car, quoiqu'on ne voie rien, on sait, avec les yeux de l'esprit, qu'il y a inflammation des veines utérines, et que les mêmes phénomènes énoncés plus haut surviendront par la même cause, c'est-à-dire que l'infection du liquide circulant sera produite par le pus qu'y verse le canal enflammé. Voilà donc encore un point de départ connu, et tout un état morbide bien compris, bien analysé.

Mais il se présente un cas plus obscur, dans lequel les phénomènes typhoïdes ne peuvent se rapporter à aucune des deux lésions précédentes. J'ai besoin, cependant, de chercher le point de départ des accidens. Il me répugne de dire : c'est un état dans lequel je trouve tels symptômes, et de m'arrêter là. Je veux définir, et non pas décrire. J'ai besoin de chercher une cause productrice; je l'ai trouvée dans les cas précédens, elle doit exister dans celui-ci, et je la trouve bien évidente dans la lésion des follicules intestinaux. Dans la grande majorité des cas, comme l'a si bien prouvé M. Louis, de ces altérations dépendent les symptômes typhoïdes. N'oublions pas, je le répète ici à dessein, qu'ils peuvent être observés sans elles, c'est-à-dire, pour nous, qu'ils peuvent

être dus à une cause différente. Mais, à ce groupe bien dessiné, pourquoi ne pas donner, comme à la phlébite, un nom qui indique la lésion productrice des phénomènes, celui d'entérite folliculeuse, par exemple. Il n'est pas besoin de décrire ici minutieusement l'état et la position des follicules enflammés; tout le monde a vu ces altérations, tout le monde les connaît; il est seulement utile de remarquer que, dans la plupart des cas, cette inflammation des follicules va promptement jusqu'à l'ulcération, en sorte que, à l'autopsie, on trouve presque toujours les plaques ulcérées. Mais il est évident, d'après les belles recherches de M. Louis, que les follicules sont déja gravement altérés avant d'être arrivés à l'ulcération, et que, lorsqu'on les trouve d'un rouge plus ou moins foncé, saillans, épais, ramollis, offrant à leur centre de petites dépressions, ces graves altérations peuvent suffire pour expliquer tous les symptômes typhoïdes. Ainsi, lorsque l'on écrit que telle affection n'était pas une entérite folliculeuse, parce qu'il n'y avait qu'une ou une demi-plaque ulcérée, ou même qu'il n'y en avait aucune, on n'a sans doute pas présenté à la mémoire plusieurs observations de M. Louis, dans lesquelles cet habile observateur n'a pas trouvé d'ulcération des follicules, mais dans lesquelles cependant ces organes étaient tellement malades qu'à leur état devait nécessairement être rapporté le point de départ de tous les symptômes. Voici donc le mot d'entérite folliculeuse expliqué et bien entendu, et c'est cette lésion avec ses diverses modifications qu'il désignera, lorsqu'il sera placé à la tête d'une maladie. Cette explication donnée, voyons quel est le lien, le rapport entre les lésions existantes et les phénomènes pathologiques qui surviennent.

Il me semble qu'il est, dans ce cas, aussi facile que dans les précédens, de s'expliquer les phénomènes observés. Il est évident que les plaques intestinales étant des organes puissans et nombreux d'absorption, lorsque ces instrumens seront lésés, leurs fonctions seront altérées, et, se trouvant dans une espèce de cloaque vivant, ils verseront, dans le torrent circulatoire, des fluides qu'ils n'y auraient pas puisés s'ils eussent été dans l'état sain; et même qu'ils choisiront de préférence, comme le prouvent plusieurs expériences, tous les liquides irritans putrides, du pus, enfin, s'ils sont ulcérés.

Ainsi, c'est toujours jusqu'ici à la présence d'élémens nuisibles, pénétrant dans le sang par une cause matérielle quelconque, que je rapporte les symptômes typhoïdes. Ce sang vicié pénètre dans tous les organes; de là, perversion de toutes les fonctions. Le cerveau, qui dirige toutes les autres, recevant dans sa circulation un principe délétère, en est puissamment influencé, et dès lors tous les phénomènes morbides cérébraux, tels que la céphalalgie, d'abord, la stupeur, le délire et les différens troubles de l'innervation, s'expliquent facilement. Remarquons que cet effet suit de si près la cause qui le produit, que, dans beaucoup de cas, si les antécédens ne sont pas connus, on pourra être indécis sur la question de savoir si les accidens cérébraux sont primitifs ou secondaires, c'est-à-dire si l'on a devant les yeux une méningite ou une autre affection cérébrale, ou bien une entérite folliculeuse, produisant secondairement les phénomènes cérébraux observés.

De cette dernière considération je suis naturellement conduit à parler des affections (1) du cerveau qui produisent les symptômes typhoïdes, et qu'il serait pourtant bien peu rationnel de confondre encore sous le vague nom d'affection typhoïde, avec les différens états que je viens de passer en revue.

J'ai été témoin, à l'Hôtel-Dieu, d'un fait qui prouvera mes paroles mieux encore que des raisonnemens. Un médecin de cet hôpital, habitué cependant à voir et à traiter des affections typhoïdes, diagnostique, chez un malade sur lequel il n'avait pas de renseignemens précis, une maladie de ce genre, et il prescrit le traitement qu'il emploie habituellement dans des cas semblables. Le malade meurt; à l'autopsie on ne trouva rien dans ses intestins, et il avait succombé à une méningite pure et simple.

Dernièrement il se présenta à la clinique de M. Bouillaud un cas à peu près semblable, si ce n'est que l'erreur ne dura qu'un moment, et que le traitement pouvait s'appliquer aux deux cas.

Un jeune homme de dix-neuf ans, fort et d'une bonne santé, a Paris depuis deux mois, entre à la Charité le 29 juin. Nous apprenons qu'il est malade depuis cinq jours, et, pour tous détails antécédens, qu'il a éprouvé du frisson, de la faiblesse, de la céphalalgie. Il est saigné le jour de son entrée, et le lendemain M. Bouillaud le vit pour la première fois. Il était prostré, ses réponses étaient lentes et pénibles, son haleine fétide, sa langue sèche; il avait une soif vive, la bouche amère, son pouls, tendu et d'une force modérée, battait 68 à 72 fois; le ventre parut indolent: on ne put savoir s'il avait du dévoiement; la respiration était bonne, la céphalalgie très-vive; il y avait anorexie et pas de nausées. (40 sangsues à l'abdomen furent prescrites ainsi qu'un traitement adoucissant.) Le lendemain il n'y avait pas d'amendement des symptômes. (On appliqua de nouveau 30 sangsues à l'abdomen.) Le jour suivant, 2 juillet, céphalalgie moins intense; on constate la diarrhée: l'individu est toujours abattu et prostré; le pouls est variable de 56 à 64 pulsations. Le malade rend ses matières sous lui. (Affusions froides sur la tête, 30 sangsues aux mastoïdes.) Le 3 juillet, pendant les affusions froides, ce malade éprouve une vive excitation, à laquelle succède un état comateux qui persista jusqu'à la mort. Une éruption pétéchiale avait apparu deux jours avant sur l'abdomen et aux cuisses. Bref, tous les symptômes signalés comme appartenant à une affection typhoïde proprement dite, se manifestèrent; des saignées générales, des sangsues aux mastoïdes, des affusions froides, la glace sur la tête, des sinapismes furent continués; le 3 et le 4 on y joignit aussi quelques grains d'émétique dans les tisanes. Malgré ce traitement rationnel et bien appliqué, ce malade succomba le 5 juillet, vers cinq heures du matin. J'extrais de l'autopsie ce qui a plus particulièrement rapport à ce que je veux prouver. « La muqueuse et les plaques de Peyer sont saines, » les follicules isolés sont dans le même état; le gros » intestin est parfaitement sain. Le cerveau remplit » exactement la dure-mère; rien n'existe à leur sur- » face externe de cette membrane. Les circonvolu- » tions cérébrales sont poisseuses et présentent une » très-vive injection; la base du cerveau présente » aussi le même état; la substance médullaire est » pointillée de sang qui en sort par grosses goutte- » lettes; la grise est fortement colorée. Dans l'in-

(1) Je laisse à dessein ce mot vague, ne voulant pas entrer ici dans l'étude des différens états pathologiques du cerveau, qui déterminent des symptômes typhoïdes, cette recherche devant m'entraîner trop loin. (J. P.)

» térieur des circonvolutions, l'injection de la pie-
» mère est tellement forte qu'on croirait que le sang
» y est épanché. Le ventricule latéral gauche con-
» tient une demi-cuillerée de sérosité légèrement
» trouble; le droit contient une sérosité sanguino-
» lente. Les plexus choroïdes sont très-injectés ; un
» effet semblable se remarque à la surface des corps
» striés, et en général sur toute la surface ventricu-
» laire. Aucun ramollissement n'existe dans les
» corps striés, ni dans les couches optiques. La pro-
» tubérance annulaire et la moelle alongée paraissent
» dans l'état normal; le cervelet est un peu mou et
» injecté. Il existe une cuillerée de sérosité légère-
» ment trouble dans les fosses occipitales inférieu-
» res. »

Dans cette observation la maladie apparaît avec tous les symptômes typhoïdes, et devait par conséquent, d'après les idées qui semblent aujourd'hui prédominer, être appelée affection typhoïde. N'est-il pas évident, toutefois, qu'elle ne doit pas être confondue dans une même classe, avec des maladies à la suite desquelles les altérations pathologiques sont tout-à-fait différentes.

Dans ce cas, le système nerveux est altéré primitivement par la lésion de son centre principal, et les effets qui en résultent sont alors tout-à-fait analogues à ceux qu'on observait lorsque le cerveau était influencé secondairement, soit par l'altération de la masse sanguine, soit par l'influence des sympathies nerveuses. Voilà pourquoi il est de la plus haute importance d'avoir, dans tous les cas, une connaisance exacte des antécédens, de savoir quel est l'organe qui a été primitivement affecté; car, ce qui contribue encore à rendre le diagnostic difficile, c'est qu'aussitôt que, dans l'entérite folliculeuse, les symptômes cérébraux sont survenus, ils dominent tellement qu'ils est souvent difficile de pénétrer au-delà pour découvrir l'altération locale masquée par l'importance imposante des phénomènes nerveux.

Enfin, il me reste à examiner, pour terminer la revue des différens points de départ des symptômes typhoïdes, si l'inflammation de la seule muqueuse de l'intestin et de l'estomac peut les produire. Je ne le pense pas ; car, d'une part, on ne les a, je crois, jamais observés lorsqu'il y avait pour toute lésion rougeur de la seule membrane muqueuse intestinale avec état normal des follicules, et d'un autre côté, on a vu des ulcérations dans l'estomac ou dans le colon, accompagnées de rougeur vives et continues dans les intestins, exister, sans que, pendant la vie, ont ait constaté de véritable état typhoïde. Il pourrait se faire, néanmoins, qu'une inflammation profonde et générale de toute la muqueuse intestinale produisit des symptômes tellement graves, qu'ils pourraient être considérés comme véritablement typhoïdes; mais, dans ce cas, il me paraîtrait bien difficile que l'inflammation n'envahît pas les follicules ; et dans ce cas, cette gastro-entérite ne serait plus simple, et la phlegmasie des plaques arriverait en second lieu et comme complication.

Le fait inverse peut aussi avoir lieu, et c'est une remarque importante à faire, que la lésion des follicules peut se compliquer, non-seulement de l'inflammation consécutive de la muqueuse, mais encore d'une foule d'autres affections, de bronchite et de pneumonie surtout, et qu'il est essentiel de séparer l'affection première de celles qui ont pu survenir à la suite, soit comme conséquences ordinaires, soit comme simples accidens.

Voyons, maintenant que nous possédons tous les élémens pour résoudre la question, s'il est rationnel d'admettre que les ulcérations ou autres lésions des plaques, sont les effets de la fièvre typhoïde, et non les causes.

On a dit, pour nier l'influence qu'a la lésion des follicules de l'intestin sur la production des phénomènes typhoïdes, que dans quelques cas, ces symptômes existaient, et qu'on ne retrouvait pas à l'autopsie cette altération pathologique. Cette raison n'a plus de valeur dès qu'il est démontré que ces phénomènes peuvent être dus à plusieurs causes différentes, et que, dans les cas rares, où le point de départ n'est pas dans les intestins, il se trouve nécessairement dans un autre organe. J'ajouterai pour nouvelle preuve, en retournant l'argument, que toutes les fois qu'à l'autopsie on a constaté la phlegmasie aiguë des follicules intestinaux, phlegmasie arrivée à des degrés différens, on avait observé pendant la vie les symptômes typhoïdes.

Il n'existe peut-être pas un seul cas bien authentique qui vienne contredire cette proportion, et c'est ce qu'à présent il faudrait trouver, pour être admis à nier le rapport de cause à effet que nous établissons entre ces deux faits, puisque l'argument qu'on avait cru porter à cette manière de voir, en disant que les symptômes pouvaient exister sans l'altération intestinale, tombe de lui-même, dès que nous convenons de ce fait et que nous l'expliquons, en démontrant que cet état typhoïde peut être rapporté à des causes différentes, et que si, dans l'immense majorité des cas, il est dû à l'entérite folliculeuse, dans quelques autres, il a pour point de départ l'altération d'autres organes.

De ces considérations, je suis, je crois, admis à conclure : 1° que le mot d'affection typhoïde n'est pas plus propre à dénommer que ceux d'ictère, d'asthme, de vomissement, de diarrhée, etc., mots qui expriment des symptômes produits par une foule d'états pathologiques différens ;

2° Que les symptômes typhoïdes doivent être rattachés aux différentes altérations qui les produisent ;

3° Que la fièvre dite typhoïde doit être distinguée en maladies diverses, suivant ces différentes altérations ; et enfin que l'inflammation bien connue des follicules intestinaux, inflammation que je propose, avec bien d'autres, d'appeler entérite folliculeuse, est une des causes, un des points de départ des symptômes typhoïdes.

Maintenant que je crois avoir suffisamment expliqué comment j'entendais les différens états pathologiques confondus sous le nom de typhoïdes, je pense être compris sur l'espèce particulière des maladies dont je parlerai ; en disant que dans un prochain article je donnerai le relevé des antérites folliculeuses observées dans le service de M. Bouillaud.

Considérations sur les altérations du sang dans les maladies ; par L.-Ch. Roche, D. M. P., membre de l'Académie royale de Médecine.

L'homme ne peut vivre et jouir de la plénitude de son existence, qu'au sein des agens et des êtres de toute nature et de toute espèce qui font avec lui partie de cet univers. Tout ce qui l'entoure agit sur lui, et il réagit à son tour sur tout ce qui l'environne ; recevoir et donner, céder et lutter, voilà sa

vie matérielle. Il languit et meurt, s'il ne ressent plus l'influence des principaux agens de la nature : il languit et meurt, s'il n'exerce pas sur eux sa puissance d'assimilation ou de réaction ; et dans cet échange même d'actions et de réactions réciproques, il y a pour lui une cause incessante de destruction, il s'use en quelque sorte par ses frottemens continuels avec des forces brutes, inaltérables par cela même qu'elles ne sont pas vivantes. Il trouve donc les sources de ses maladies et de sa mort dans les conditions et l'exercice même des actes de sa vie, et le tableau de tous les maux qui le frappent n'est autre chose que la longue histoire de ses privations des excitans qui entretiennent sa vie, de ses défaites dans la lutte contre le monde extérieur, et de sa destruction graduelle par usure. Tout cela se résume matériellement pour lui en des changemens, des modifications, des altérations plus ou moins appréciables de son organisation.

Or, dans cette organisation, le sang, cette chair coulante, suivant l'expression de Bordeu, joue un rôle des plus importans. C'est un organe liquide, qui va distribuant partout l'aliment et l'un des principaux excitans de la vie, l'oxygène. Modifié par l'air, par les alimens, par les boissons, par l'électricité, par la température, par les passions et par les maladies de tous les autres organes de l'économie, il doit donc éprouver de fréquens changemens dans sa composition, prendre souvent des qualités nouvelles, perdre celles qui lui sont propres, et devenir ainsi la source d'une foule de maladies. Personne ne met en doute ces vérités. Mais en quoi consistent ces altérations? Par quels signes, quels troubles fonctionnels se dévoilent-elles à nos yeux? La chimie n'a fait jusqu'à ce jour que des réponses incertaines à la première de ces questions; mais les expériences physiologiques, et sur-tout la physiologie pathologique, peuvent jeter de vives lumières sur la seconde. Nous espérons être assez heureux pour en donner la preuve dans le cours de cette discussion.

Et d'abord, quelle est la composition normale du sang? Il contient de l'eau, de la fibrine, de l'albumine, de la matière colorante, une matière grasse cristallisable, une matière huileuse, des matières extractives solubles dans l'alcool et dans l'eau, de l'albumine combinée à la soude, des chlorures de sodium et de potassium, des sous-carbonates de chaux, de magnésie et de fer, et du peroxide de fer (1).

Quels changemens lui impriment les âges, les sexes et les tempéramens? Voici ce que les savantes recherches de M. Lecanu, professeur à l'école de pharmacie, et l'un de nos chimistes les plus distingués, ont appris à cet égard (2). 1° La proportion d'eau varie dans le sang d'individus de sexe et d'âge différens, et dans le sang d'individus de même sexe, mais d'âge différent : elle est plus faible chez l'homme que chez la femme ; sa quantité n'est pas proportionnelle à l'âge chez les individus de même sexe, du moins dans les limites de vingt à soixante ans ; dans les individus de même sexe également, elle est moindre chez ceux d'un tempérament sanguin, que chez ceux d'un tempérament lymphatique; 2° la proportion d'albumine varie dans le sang d'individus de sexes et d'âges différens : dans le sang d'individus de même sexe, mais d'âge différens; elle est sensiblement la même chez l'homme et chez la femme; sa quantité n'est pas proportionnelle à l'âge ; du moins dans les limites de vingt à soixante ans, chez les individus de même sexe; elle est à peu près la même chez les individus sanguins et lymphatiques de même sexe ; 3° la proportion des globules varie dans le sang d'individus d'âges et de sexes différens, et dans le sang d'individus de même sexe, mais d'âges différens, elle est plus forte chez l'homme que chez la femme ; leur quantité ne paraît pas proportionnelle à l'âge chez les individus de même sexe, du moins dans les limites de vingt à soixante ans, elle est plus grande chez les individus sanguins que chez les individus lymphatiques de même sexe ; 4° l'énergie vitale est proportionnelle à la quantité des globules.

Quelles modifications dans sa composition chimique subit-il dans les maladies ? on l'ignore en général. On sait seulement, par les travaux de M. Lecanu, que le sang des ictériques contient les principes colorans jaune et bleu de la bile, et que, chez quelques-uns d'entre eux, on observe en même temps une bien moins grande proportion de matière colorante rouge. MM. Prévost et Dumas, Ségalas, etc., ont retrouvé l'urée dans le sang des animaux auxquels ils avaient enlevé les reins, d'où l'on peut conjecturer que, dans les maladies profondes de ces organes, on rencontrerait aussi cette substance dans le sang des malades, à moins toutefois que l'urée, qui, suivant Woehler peut être considérée comme un cyanite d'ammoniaque que l'on reproduit artificiellement, ne soit le produit des expériences mêmes qui ont pour but d'en démontrer la présence dans le sang. On retrouve aussi, dans ce liquide, plusieurs des substances vénéneuses que l'on injecte dans les veines des animaux. Enfin, M. Mondezert (1) ayant démontré que la couenne dite inflammatoire du sang provient du sérum et non du caillot, il est probable qu'elle est formée par de l'albumine concrétée: mais voilà tout ce que la chimie nous révèle sur les altérations du sang.

Les caractères physiques que présente le sang altéré ne jettent aussi qu'un bien faible jour sur la nature de ses altérations. Ainsi, on le trouve plus liquide que dans l'état normal et comme dissous, plus consistant au contraire, et tantôt grumeleux et tantôt poisseux, noir, verdâtre, décomposé, putride, couenneux, trop séreux, trop fibrineux, mais sans que l'on puisse assigner encore une valeur un peu précise à ces modifications. On sait cependant qu'il est en général couenneux dans les phlegmasies, séreux dans la chlorose et l'anémie, trop fibrineux dans la pléthore, noir et grumeleux dans le scorbut, privé de sérum et très-consistant dans le choléra asiatique, peu animalisé dans le diabète. Mais tout cela est encore bien insuffisant pour caractériser les altérations du sang d'une manière un peu exacte et précise. Cherchons donc ailleurs que dans les analyses chimiques du sang et dans ses changemens de couleur, d'odeur et de consistance, sans cependant négliger de tenir compte

(1) *Recherches expérimentales sur le sang humain, etc.*, par Denis. Paris, 1830, in-8. — *Nouveau système de chimie organique, fondé sur des méthodes nouvelles d'observations*, par F.-V. Raspail. Paris, 1833; in-8, fig.

(2) *De l'Hématosine ou matière colorante du sang*; in-8°; 1830. — *Nouvelles recherches sur le sang*; brochure in 8°, 1831.

(1) *Recherches sur le sérum du sang* (*Journal hebdomadaire de Médecine*, 1829, t. V. pag 184.)

de ces faits, à nous éclairer sur ces altérations.

Les causes des altérations du sang sont l'absorption, par quelque voie que ce soit, des miasmes provenant, soit de la décomposition des matières animales ou végétales en putréfaction, soit d'individus atteints de maladies contagieuses, celle du pus, celle des matières putrides produites par la gangrène, celle des virus, celle des poisons, et enfin l'alimentation et certaines conditions hygiéniques mal connues.

De l'action de ces causes diverses, résultent des maladies fort différentes entre elles, et chacune d'elles correspond probablement à une altération particulière du sang. Or, dans l'étude de ces altérations, un fait général frappe d'abord : c'est que les unes consistant dans la simple présence d'un agent nuisible au sein de ce liquide, et les autres dans une véritable modification éprouvée par lui dans sa composition chimique. Nous devons donc étudier séparément ces deux modes principaux d'altération du sang.

Les expériences physiologiques nous apprennent que l'injection de matières putrides dans les veines provenant de la décomposition de substances végétales et animales en putréfaction, donnent naissance à des maladies analogues à celles que produit l'absorption de certains miasmes : elles nous apprennent que l'injection du pus, par la même voie, donne lieu à des accidens semblables à ceux qui succèdent à l'absorption spontanée de ce même liquide à la surface des plaies ou des ulcères qui viennent à se dessécher trop rapidement ou subitement (1); elles nous apprennent que l'inoculation de la matière putride qui recouvre une plaie charbonneuse (Leuret), par exemple, ou bien affectée par la pourriture d'hôpital (Ollivier), reproduit ces deux maladies chez les individus soumis à l'expérience, et, de plus, les symptômes généraux de l'infection du sang; elles nous apprennent que tous les médicamens actifs, et tous les poisons introduits dans le torrent circulatoire, soit par injection directe, soit par absorption cutanée, déterminent les mêmes effets, et font naître les mêmes accidens que lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac. Mais tous ces faits curieux, intéressans, utiles, nous font-ils connaître une seule altération du sang? Non; ils ne prouvent pas même que la composition de ce liquide soit altérée dans ces expériences, ni par conséquent dans les maladies analogues à celles qu'elles provoquent. Rigoureusement, en bonne logique, ils ne prouvent qu'une chose, c'est que le sang devient le véhicule de toutes les substances nuisibles ou utiles, ingérées, absorbées, ou injectées; qu'il les met partout en contact avec les organes, et que, de ce contact, résultent leurs effets morbides ou thérapeutiques. Un fait pathologique, que l'expérimentation fournit aussi, vient considérablement fortifier cette conclusion : c'est que la plupart des substances actives ainsi charriées par le sang, viennent se présenter en nature aux différentes voies d'élimination, et que si la dose ou la quantité en est faible, elles sont expulsées, leurs effets cessent, et le sujet de l'expérience rentre dans l'état normal d'où découle évidemment la conséquence qu'elles étaient seulement combinées avec lui, et que ce liquide n'était par conséquent pas modifié dans sa composition. Toutefois, tout en reconnaissant que rien ne démontre une altération du sang, dans les maladies qui résultent de l'absorption ou de l'injection des substances délétères, comme rien non plus ne prouve que cette altération n'existe pas, et comme d'un autre côté, la présence incontestable de ces substances au sein de ce liquide est la cause évidente de tous les désordres pathologiques, on doit ranger parmi les maladies du sang toutes celles qui présentent de la ressemblance avec les phénomènes morbides que les expériences physiologiques reproduisent à volonté.

L'observation des faits pathologiques, cette mine si féconde et souvent si mal exploitée, la discussion et l'interprétation de ces faits ou leur théorie, jettent une lumière plus vive sur la question des altérations du sang, que n'ont pu le faire jusqu'à ce jour l'examen des caractères physiques, la chimie, et la physiologie expérimentale elle-même. Cette dernière méthode d'investigation prête toutefois un puissant secours à l'observation clinique, et il n'est peut-être pas une autre question de pathologie à la solution de laquelle elle ait aussi efficacement concouru. Nous en verrons plus d'une fois la preuve dans le cours de ce mémoire.

Toutes les maladies qui se développent au milieu des grands foyers d'infection, telles que les fièvres intermittentes des marais, le typhus, la fièvre jaune, la peste et le choléra-morbus asiatique, reconnaissent pour premier élément une altération ou une infection du sang. En effet, c'est, à n'en pas douter, aux miasmes provenant de la décomposition des substances végétales et animales en putréfaction au sein des marais, que sont dues les fièvres intermittentes que l'on y observe; la chimie ne nous a pas encore appris, il est vrai, la nature de ces miasmes, mais on peut les recueillir; en les ingérant à des animaux, avec l'eau qui les tient en suspension, on a produit, à volonté, des fièvres intermittentes (Rigaud de l'Isle); il suffit souvent de soustraire les individus à leur influence pour en voir disparaître immédiatement les effets. On ne peut donc contester qu'ils ne soient la cause directe des fièvres marécageuses. Le typhus naît bien probablement aussi sous l'influence d'un miasme, puisqu'on ne le voit en général paraître qu'au sein des grands rassemblemens d'hommes, et qu'il se propage au moyen des émanations provenant des individus qui en sont atteints. Il est facile de prouver que la cause principale de la fièvre jaune existe dans les ports mêmes où on la voit exercer ses ravages, et qu'elle consiste en un miasme qui se forme dans ces localités. Quant à la peste, tous les auteurs s'accordent à lui reconnaître une origine analogue, et sa propriété de se transmettre d'individu à individu confirme cette étiologie. Enfin, ainsi que nous avons essayé de le démontrer ailleurs (1), toutes les probabilités tendent à établir que le choléra-morbus asiatique est l'effet d'un principe inconnu, développé ou seulement répandu dans l'atmosphère. Or, il n'est qu'une voie d'introduction pour tous ces agens morbides, c'est l'absorption; par elle, ils sont immédiatement mêlés au sang; leur premier effet est donc d'altérer ce liquide, soit par leur simple mélange avec ses élémens propres, soit par une action directe sur sa composition.

Ce que l'examen des causes de ces maladies nous apprend sur leur nature, l'étude des symptômes vient le confirmer. A des degrés divers, toutes ces maladies présentent, dans le même ordre, une suc-

(1) Legallois, *Des maladies occasionées par la résorption du pus* (*Journal hebdomadaire de médecine.* 1829, tom. III, pag. 166.)

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. Gastro-Entérite.

cession de phénomènes morbides, où des phases, qui semblent correspondre parfaitement à la marche du principe morbifique au milieu de nos tissus, depuis son introduction jusqu'à son élimination. Un malaise général ouvre ordinairement la scène, et semble indiquer le moment où l'agent morbide est absorbé. Des symptômes nerveux, tels que frisson violent, refroidissement du corps, céphalalgie, délire, vertiges, crampes, mouvemens convulsifs, etc., succèdent bientôt, et annoncent que cet agent est transporté par le torrent circulatoire sur les principaux centres nerveux, qui, suivant sa nature, irritante, stupéfiante ou autre, témoignent de l'impression qu'ils en ressentent par des symptômes de stupeur ou d'excitation, ou par un mélange de ces deux ordres de phénomènes. Après un laps de temps plus ou moins long, qui doit nécessairement varier suivant le degré de force de réaction des individus, la dose ou la quantité et l'énergie du principe morbifique, il survient des symptômes généraux d'excitation, tels que l'altération du pouls, la chaleur de la peau, une soif intense, des urines brûlantes, des soubresauts des tendons, de l'agitation, de l'anxiété, etc., lesquels nous avertissent que le miasme a été mis en contact avec tous les organes, et qu'ils commencent à réagir contre son action délétère. Les symptômes de cette réaction diffèrent avec la nature des agens morbifiques, parce que, comme les médicamens et les poisons, chacun d'eux exerce son action spéciale sur un ou plusieurs organes, mais toujours les mêmes pour le même agent. Quand cette réaction est trop forte, des inflammations éclatent dans les organes dans lesquels elle s'est opérée. Enfin, une quatrième phase commence : elle se manifeste par des sueurs abondantes, ou par des vomissemens, des garde-robes et des urines sédimenteuses, par la coloration jaune de la peau, une éruption de pétéchies ou de pustules miliaires, des inflammations extérieures (bubons et parotides), et des gangrènes. Tout atteste, dans cette période, un effort éliminateur qui dirige le principe morbifique vers les grands émonctoires de l'économie, la peau, les voies gastriques et les voies urinaires; et ceci n'est point un roman pathologique, car, remarquez que dans les expériences physiologiques sur les animaux, on observe les mêmes phénomènes, parcourant les mêmes phases dans le même ordre; malaise aussitôt l'injection de la substance putride ou autre, puis, phénomènes résultant de son impression sur les centres nerveux; plus tard, réaction générale, et enfin, effort éliminateur par les vomissemens, les selles, les urines, les sueurs. Remarquez encore que, dans la plupart des empoisonnemens, les choses se passent de la même manière. Il arrive souvent, sans doute, que ces phases sont peu marquées ou se confondent, que la maladie avorte ou tue après la première ou la seconde, ou la troisième, et cela devait être et se conçoit aisément; avec une réaction forte et une intoxication faible, le mal avorte dès son début; avec une réaction faible, au contraire, et une intoxication violente, la mort peut être immédiate; l'observation fournit des exemples de l'un et l'autre genre. Entre ces deux extrêmes, on conçoit beaucoup de nuances qui s'éloignent ou se rapprochent plus ou moins de la marche que nous avons tracée. Mais, en observant bien, on reconnaîtra cette marche dans la plupart des maladies qui résultent des infections miasmatiques et même toxiques du sang; c'est, à notre avis, la marche normale de ces maladies, et nous sommes convaincus qu'on ne les étudiera bien, qu'on ne les traitera bien, qu'en se plaçant au point de vue que nous venons de signaler.

Dans l'étude des causes des maladies qui nous occupent en ce moment, dans l'enchaînement et la marche de leurs symptômes, nous trouvons donc des preuves nombreuses et incontestables de l'infection du sang. La propriété qu'elles ont pour la plupart d'entre elles, de pouvoir se transmettre d'individu à individu, vient ajouter encore à cette démonstration. On nous objectera sans doute ici que nous posons en fait ce qui est encore en question, et que même la majorité des médecins leur conteste aujourd'hui la propriété de se communiquer, ainsi que nous le supposons; nous devons donc, avant de passer outre, répondre à cette objection.

On entend par contagion, la propriété qu'elles ont, ou qu'on leur suppose, de se communiquer d'individu à individu, soit par voie de contact, soit à distance et par l'intermédiaire de l'air. Il semble, au premier abord, que rien ne soit facile comme de décider quelles sont celles qui possèdent ou ne possèdent pas cette propriété; et cependant peu de questions de pathologie générale ont été plus débattues et restent plus indécises. Tout le monde est d'accord, il est vrai, sur la propriété contagieuse de la gale, de la syphilis, de la rage, de la petite vérole, de la variole et de la vaccine, parce que la plupart de ces maladies peuvent être transmises par inoculation, expérience directe qui ne permet pas le doute, et parce que les autres se communiquent par le contact, et que les faits qui le prouvent sont journaliers, évidens et incontestables. On s'accorde aussi à croire généralement à la contagion de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche, tant les preuves en sont nombreuses et claires. Mais il s'en faut que l'on retrouve la même unanimité d'opinions, lorsqu'il s'agit des maladies miasmatiques, à l'exception cependant des fièvres intermittentes des marais, que personne ne croit contagieuses; et, tandis que des observateurs de talent et de bonne foi citent des faits qui tendent à prouver que le typhus, la fièvre jaune, la peste et le choléra-morbus asiatique, se communiquent par contagion, d'autres observateurs, non moins dignes de confiance, contestent la propriété de se transmettre ainsi à toutes ces maladies ou à quelques-unes d'elles, et s'appuient également sur des faits. Notre intention n'est pas de discuter ici cette grande question, nous voulons seulement exprimer notre manière de voir sur ce sujet, et la motiver par quelques considérations.

Nous croyons, ainsi que nous l'avons déjà dit, que le typhus, la fièvre jaune, la peste et le choléra-morbus asiastique, peuvent, dans plusieurs circonstances, se propager par contagion; nous croyons que ces maladies sont contagieuses à des degrés divers; nous croyons, enfin, qu'aucune ne l'est d'une manière absolue. Voici nos raisons : on admet assez généralement la contagion du typhus et de la peste; or, c'est déjà pour nous une présomption que la fièvre jaune et le choléra-morbus asiatique se communiquent aussi par cette voie, parce qu'apercevant une grande analogie entre ces quatre maladies, dans la manière dont elles naissent sous l'influence d'une cause atmosphérique et dans la marche de leurs symptômes, nous sommes portés à croire que la même analogie existe dans leurs effets. Mais, à cette présomption viennent se joindre des motifs plus puissans de conviction. Les expériences physiologiques nous apprennent que toutes les

substances injectées dans les veines, ou absorbées par diverses surfaces, passent en nature dans le sang; imprégnent en nature tous les organes, et sont éliminées en nature par les transpirations pulmonaire et cutanée, et par la voie des excrétions intestinales et urinaires : les matières putrides ne font pas exception à cette loi. L'analogie, les faits, le raisonnement, tout démontre que le typhus, la fièvre jaune, la peste et le choléra asiatique, sont produits par l'absorption d'un principe, d'un agent quelconque, diffèrent probablement pour chacune de ces affections, répandu dans l'atmosphère. Or, cet agent, comme le camphre, le phosphore, l'alcool, dans les expériences physiologiques, doit passer en nature dans le sang, et être expulsé en nature par les divers émonctoires. On ne doutera plus que cela soit, si l'on remarque que toutes les excrétions d'un cholérique, par exemple, sueurs, transpiration pulmonaire, vomissemens et garde-robes, ont une même odeur caractéristique, et quelques-unes le même aspect, et qu'il en est de même dans chacune des autres maladies miasmatiques; ce qui atteste bien la présence d'un principe commun dans toutes les excrétions qui les accompagnent. Si donc c'est l'agent producteur de la maladie qui s'échappe en nature et par toutes les voies de chaque individu malade, il doit pouvoir, absorbé par un individu sain, développer chez lui la même maladie qu'il avait déjà fait naître. Mais on sent qu'il ne la développera pas nécessairement, et qu'une foule de circonstances, telles que la température, le nombre de malades contenus dans un espace donné, la plus ou moins grande facilité du renouvellement de l'air qu'ils vicient, etc., en empêcheront ou en favoriseront l'action. Le degré d'activité de cet agent doit le rendre aussi plus ou moins contagieux; celui des fièvres intermittentes des marais ne l'est pas ou l'est peu; celui de typhus, au contraire, l'est fortement. Enfin, le plus énergique restera souvent sans effet, quand le malade et les assistans seront placés dans des conditions hygiéniques favorables.

Ainsi donc la théorie conduit à admettre la possibilité de la contagion pour toutes les maladies miasmatiques, et même pour les fièvres marécageuses. Des faits viennent appuyer cette conséquence; mais ce qui, pour le dire en passant, a nui à la cause des contagionistes, c'est qu'ils ont toujours raisonné comme si la contagion était toujours absolue, fatale, et qu'ils ont ensuite admis avec trop de complaisance et de crédulité tous les faits favorables à leur opinion. Quoi qu'il en soit, si nous avons démontré que les maladies miasmatiques peuvent toutes se propager par contagion, nous avons ajouté une preuve de plus à ce que nous avons dit de leur nature, savoir qu'elles dépendent toutes d'une infection du sang; c'était là notre seul but.

Cette vérité nous paraît maintenant suffisamment établie. Quelques objections cependant y ont été faites, et nous devons les faire connaître. On a dit que les fièvres intermittentes, le typhus, la fièvre jaune, la peste et le choléra-morbus asiatique, se montraient quelquefois d'une manière sporadique, sur des individus isolés et en apparence hors de l'action des miasmes qui les produisent le plus communément, sans que l'on remarquât une différence dans les symptômes. De ces faits incontestables on a conclu, que puisque des maladies entièrement semblables à celles que nous nommons miasmatiques, pouvaient se développer spontanément, ni les unes ni les autres n'étaient l'effet de l'absorption des miasmes, et que, par conséquent, ni les unes ni les autres ne consistaient dans une infection du sang. Mais qui nous prouve que ces maladies naissent spontanément, c'est-à-dire hors de l'action des miasmes? N'est-il pas présumable que ces agens qui se développent en masse pour produire des épidémies, se développent aussi quelquefois en petites quantités, et donnent ainsi naissance à des maladies miasmatiques isolées? Oserait-on nier que cela se puisse? On a dit encore que, puisque les altérations cadavériques ne différaient pas dans les maladies miasmatiques et dans les maladies à symptômes semblables mais spontanées, puisque le traitement était le même dans les unes et dans les autres, il était inutile de faire intervenir des miasmes et une affection du sang, pour expliquer des faits qui se montraient hors de ces circonstances. Il eût été beaucoup plus logique d'en conclure, que les fièvres intermittentes, le typhus, la peste, etc., prétendus spontanés, dépendent des mêmes causes que lorsqu'ils se développent épidémiquement, et que c'est pour cela qu'ils cèdent au même traitement, et présentent les mêmes lésions cadavériques.

Les empoisonnemens appartiennent tous aux infections du sang. On nous le contestera, sans doute, pour les empoisonnemens par les substances caustiques, telles que les acides ou les alcalis concentrés, et quelques autres substances dont la manière d'agir participe de celle des uns ou des autres de ces agens. Mais, en vérité, n'est-ce pas un étrange abus de mots que d'appeler du nom d'empoisonnement l'action de ces substances? Ce sont des brûlures ou des corrosions, et pas autre chose; des brûlures de l'estomac, si elles ont été avalées, comme ce sont des brûlures ou des corrosions de la peau qu'elles produisent quand on les y applique. Peut-on rapprocher cette action de celle qui résulte de l'absorption de l'opium, de l'aconit, de l'arsenic même, bien qu'il participe de la manière d'agir des précédens? Les premiers ne sont pas absorbés, et ne vont pas infecter le sang, cela a toujours lieu pour les seconds. Il n'est pas besoin d'entrer dans une longue discussion pour le démontrer. On peut reproduire à volonté les phénomènes d'empoisonnement sur les animaux, et souvent on retrouve, dans le sang, le poison qui a servi à l'expérience. Dans la marche des symptômes on retrouve souvent ici, comme dans l'infection miasmatique, ces phases qui signalent l'absorption du poison, son contact sur les centres nerveux, les efforts de réaction du sujet empoisonné, et enfin le travail d'élimination de l'agent toxique. La majeure partie des considérations qui précèdent leur est donc applicable.

Doit-on rapporter aux altérations du sang les maladies virulentes, telles que la gale, la petite vérole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la syphilis, la rage, et la morsure des animaux venimeux? Pour la petite-vérole et ses analogues, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la rage, et la morsure des animaux venimeux, cela ne fait pas de doute, puisqu'il y a évidemment inoculation d'un virus dans ces maladies, absorption de ce virus, développement de symptômes généraux, parmi lesquels on remarque constamment, dans la rage et la morsure des animaux venimeux, et souvent dans la variole, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche, des troubles de l'innervation, qui prouvent que l'agent morbide a été mis en contact par le sang avec

les centres nerveux, et enfin effort éliminatoire qui se décèle par des éruptions cutanées, des sueurs ou de la salivation, et qui, s'il avorte, entraîne souvent de graves conséquences; car, pour nous, toutes les maladies dans lesquelles on observe ces phénomènes, dépendent en totalité ou en partie d'une infection du sang. Chacune d'elles offre ensuite sa physionomie particulière, déterminée par la nature de l'agent morbide; de la même manière que les empoisonnemens, bien qu'ayant des caractères généraux qui leur sont communs, se distinguent entre eux par des symptômes spéciaux, suivant la nature du poison qui les provoque.

Mais la gale et la syphilis n'ont de commun, avec les autres maladies virulentes, que leur propriété contagieuse; ni l'une ni l'autre ne présentent ces symptômes généraux, que nous assignons pour caractères à l'infection du sang : il est donc probable qu'elles ne sont pas de même nature. La gale paraît bornée à la peau; la syphilis a peut-être son siége dans le système lymphatique, ainsi que le pensent plusieurs auteurs : mais ce sujet réclame de nouvelles recherches.

Des conséquences thérapeutiques importantes et neuves découlent, ce nous semble, de notre manière d'envisager les altérations du sang par infection ou intoxication. Il en résulte : 1° que la première indication de leur traitement consiste à débarrasser, autant que possible, l'économie de la présence du principe morbifique, ce qui place en première ligne, parmi les moyens de parvenir à ce but, la saignée qui, comme le prouvent les expériences faites sur les animaux, donne issue à l'agent toxique avec le sang qui en est le véhicule, puis les vomitifs, les purgatifs, et les sudorifiques, selon que l'effort éliminateur se porte sur l'estomac, sur les intestins ou sur la peau; c'est en effet la plus importante de toutes, puisqu'une fois la cause enlevée, les accidens doivent cesser ou perdre du moins leur plus grande intensité; 2° que la seconde indication doit toujours consister à administrer l'antidote en le neutralisant de l'agent toxique, si ce neutralisant est connu; 3° que la troisième indication est de combattre les effets de l'agent morbide sur les principaux organes, effets quelquefois asthéniques, d'autres fois, et le plus ordinairement, inflammatoires, et, dans quelques cas enfin, participant de l'une et de l'autre nature, par des moyens différens, par conséquent suivant la nature même de ces effets; 4° qu'en s'attachant exclusivement à l'une ou à l'autre de ces indications, on ne fait qu'une partie de ce qui convient au salut des malades, et qu'il faut par conséquent toujours s'appliquer à les remplir en même temps; 5° que le traitement ne saurait être le même dans toutes les phases de ces maladies, et que c'est là ce qui nous explique comment et pourquoi elles guérissent sous l'influence des médications en apparence les plus contradictoires; 6° qu'il n'est qu'un moyen véritablement préservatif des maladies par infection du sang, qu'il consiste à s'éloigner des lieux où elles se sont développées, ou, en d'autres termes, à se soustraire à l'influence de l'agent qui les provoque, et que la plupart des précautions hygiéniques recommandées en pareil cas, sont impuissantes pour en mettre à l'abri; 7° que l'on doit, autant que possible, sortir les malades du foyer d'infection et les disséminer; 8° enfin, que l'on ne doit pas désespérer de trouver un jour un neutralisant pour chacun des agens toxiques.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que de l'infection du sang, par des poisons, par des miasmes ou par des virus, et nous avons vu que, bien que l'on puisse raisonnablement supposer que, dans ces intoxications, la composition de ce liquide, ou ses principes constituans, éprouvent quelques modifications, cependant rien ne démontre la réalité du fait, et que tout paraît, au contraire, l'infirmer. Il nous reste donc encore à parler des changemens qui s'opèrent quelquefois dans les propriétés physiques et chimiques de ce liquide; en un mot, des véritables altérations dans la composition du sang, et à chercher quelles sont les maladies qui s'y rattachent. Déjà, au commencement de cet article, nous avons signalé ces altérations, essayons maintenant de nous en rendre compte.

Quand une maladie naît et se développe lentement sous l'influence de causes qui modifient profondément la nutrition, lorsqu'elle se répète dans plusieurs tissus par cela seul, pour ainsi dire, qu'elle affecte déjà l'un d'eux, lorsqu'elle se généralise en quelque sorte, il est probable qu'elle a sa source dans l'altération de l'un des liquides répandus dans toute l'économie, savoir : la lymphe ou le sang.

Considérons, en effet, jusqu'à quel point la constitution des hommes est modifiée par les circonstances hygiéniques au milieu desquelles ils vivent, et nous comprendrons comment l'exagération de quelques-unes de ces conditions peut, à la longue, amener des maladies, et pourquoi ces maladies doivent commencer par des altérations des fluides. Si la privation de l'action solaire, un climat froid et humide, une nourriture insuffisante ou trop exclusivement végétale, le défaut d'exercice, un sommeil trop prolongé, etc., étiolent les individus, les rendent apathiques, font prédominer chez eux les sucs blancs, et diminuent les globules rouges du sang, et par conséquent ses propriétés excitantes; il est clair que la réunion de toutes ces circonstances sur un même individu, ou l'exagération d'une ou deux d'entre elles, devront faire naître des maladies caractérisées par l'appauvrissement du sang, la prédominance du système lymphatique, l'absence de la douleur, et une nutrition incomplète ou imparfaite, d'une durée nécessairement très-longue, peu modifiables par les moyens thérapeutiques, curables sur-tout par les conditions hygiéniques de nature opposée à celles qui les ont produites, dans lesquelles, en un mot, la principale indication de traitement consiste à refaire la nutrition de tous les tissus. C'est ainsi, probablement, que se développent les scrofules, le carreau, la phthisie pulmonaire, en un mot, toutes les affections tuberculeuses. Mais ce ne sont là que des probabilités; on ne sait pas bien encore lequel du sang ou du fluide lymphatique est principalement altéré dans ces maladies; enfin, on les voit se développer quelquefois dans les conditions hygiéniques les plus favorables; souvent chez des individus prédisposés, il est vrai, mais, dans quelques cas, sur des sujets qui semblaient ne devoir jamais en être atteints. Or, tant que ces points ne seront pas éclaircis, l'histoire de ces maladies sera mieux à sa place parmi les altérations des solides, puisqu'elles les affectent profondément et d'une manière bien évidente, tout en tenant compte cependant de la part très-probable, mais non démontrée, que les altérations du sang ou de la lymphe prennent à leur développement.

Voyons, d'un côté, l'homme placé dans des conditions opposées à celles que nous venons d'énumérer.

Exposé à un soleil ardent, vivant sur les montagnes élevées, mangeant beaucoup et se nourrissant principalement de substances animales, faisant beaucoup d'exercice, dormant à peine, etc., son sang sera plus riche en globules, et par suite, plus excitant; sa circulation plus active, sa sensibilité plus exaltée, et la teinte de sa peau plus colorée. Toutes ses maladies seront caractérisées par une vive excitation du système sanguin, la présence d'une grande quantité de fibrine dans le sang, le peu d'abondance des sécrétions, l'exagération de la sensibilité, et une marche rapide; et la principale indication de leur traitement consistera à diminuer la quantité du stimulus morbide avec le sang. Mais la considération de l'altération du sang perd ici beaucoup de son importance: elle s'efface en quelque sorte devant l'influence prédominante que prennent presque toujours dans le travail morbide, les altérations des solides. On ne doit cependant pas perdre de vue qu'elle existe. Nous avons dit ailleurs, dans quelques généralités sur l'inflammation, quelle part elle prend à la production de certaines phlegmasies; dans deux d'entre elles même, l'arthrite goutteuse et l'arthrite rhumatismale, nous lui avons fait jouer un rôle aussi important qu'à l'altération des solides ou à l'inflammation (1). Ces deux maladies, comme beaucoup d'autres sans doute, appartiennent autant aux altérations des liquides qu'à celles des solides.

Ce que nous avons dit de l'affection tuberculeuse s'applique en partie au scorbut et à l'hémacélinose. Ainsi, elles se développent lentement; les causes qui les produisent modifient graduellement la nutrition: elles envahissent la plupart des tissus; les agens pharmaceutiques paraissent n'avoir qu'une influence secondaire sur leur guérison, les moyens hygiéniques, au contraire, forment la base principale de leur traitement. Mais la nutrition est moins profondément altérée dans ces maladies que dans les tubercules, l'indication n'est plus de la refaire, mais seulement de la modifier. On ne connaît pas la nature de l'altération du sang qui les constitue; mais à en juger par ses caractères physiques, on a lieu de croire qu'il a perdu une partie de la force d'affinité qui tient ces molécules combinées.

De la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, il résulte que si les altérations du sang ne sont pas bien connues dans leur essence, on peut du moins déjà en reconnaître de deux catégories différentes. La première comprend toutes les affections qui résultent de l'introduction dans l'économie des poisons végétaux, minéraux et animaux, et de celles des miasmes, soit par voie d'injection dans les veines, par voie d'inoculation, par voie d'ingestion, soit enfin par voie d'absorption pulmonaire ou cutanée: nous les appellerons: altérations du sang par la présence des poisons minéraux, végétaux, animaux et miasmatiques ou intoxications. La seconde renferme ce que l'on pourrait appeler les altérations chroniques du sang, celles qui portant réellement sur sa composition chimique, naissent sur-tout sous l'influence de certaines conditions hygiéniques parmi lesquelles l'alimentation joue un grand rôle, enfin dans lesquelles la nutrition est toujours plus ou moins profondément modifiée; ce sont des altérations du sang par vice de nutrition.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, *articles* ARTHRITE et INFLAMMATION; et *nouveaux Élémens de pathologie médico-chirurgicale*, 3e édition. Paris 1833.

Observation de fièvre intermittente au *summum* d'intensité, ou affection gastro-intestinale très-aiguë. Par M. PASCAL, Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Médecin ordinaire et Professeur à l'Hôpital militaire d'instruction de Metz.

Le nommé T-p-t., sapeur au deuxième régiment du génie, entre à l'hôpital militaire de Metz le 21 octobre 1831, dans la matinée. Cinq jours auparavant il en était sorti bien portant, après avoir eu, depuis un mois, des accès de fièvre intermittente, qui avaient cédé sans difficulté au sulfate de quinine. Mais dès sa sortie de l'hôpital, il fut repris de pesanteur de tête un jour non l'autre.

La nuit du 20 au 21 il ne put dormir, et fut atteint, de grand matin, sans cause particulière connue, par de violentes coliques. Ces coliques étaient accompagnées de dégoût, de constipation, d'envies continuelles d'uriner, et de l'impossibilité de satisfaire ce dernier besoin sans se livrer aux plus violens efforts. Le malade était, en outre, en proie à des spasmes fréquens dans les muscles des mollets, et à une contraction convulsive et suffocante de la base du thorax, qui ne lui laissait presque aucun repos, et qui était accompagnée de l'expectoration de quelques crachats muqueux, très-difficiles à détacher.

Le 21 octobre, au moment de la visite, vers neuf heures du matin, décubitus sur le côté droit; léger frisson; accablement; pâleur du visage et de la peau en général; langue légèrement saburrale; épigastre très-sensible au toucher et douloureux; régions ombilicale et iliaque indolores; constipation; dysurie; serrement douloureux de la base du thorax, qui résonne partout; pouls presque naturel, avec une légère tension dans l'artère; réponses libres et faciles.

(Prescription: diète; orge miellé; potion avec l'infusion de fleurs de tilleul; trente sangsues sur l'épigastre; catapl. après la chute des sangsues; lavement émollient.)

A la visite du soir: diminution de la douleur épigastrique; douleur lombaire très-vive, augmentant au toucher; anxiété.

(Prescription: trente sangsues à la région lombaire; fomentations émollientes après la chute des sangsues.)

22: il y a eu insomnie pendant la nuit. La douleur lombaire est accrue. Le bas du dos est, au toucher, d'une très-vive sensibilité. Langue sèche et rouge; peau sèche et chaude; constipation; émission facile des urines; ingestion des boissons sans difficulté; pouls fréquent, très-aisément dépressible, et avec une légère vivacité.

(Prescription: diète; limonade tartrique; potions émulsives; trente-cinq sangsues au bas du dos; cataplasme sur l'abdomen.)

2, au soir, même état: la douleur dorsale et lombaire est descendue au niveau du sacrum, où elle se présente avec une extrême vivacité: les sangsues appliquées ayant pris imparfaitement, quatre ventouses sont appliquées sur cette région.

23, au matin: toujours décubitus sur le côté droit; figure immobile; lèvres bleuâtres; dents serrées; pupilles très-dilatées et immobiles; perte complète de connaissance. La peau, dans toute son étendue est chaude et d'une couleur bleuâtre et livide.

Abdomen souple; membres inférieurs demi-fléchis; membres supérieurs pendans; pouls imperceptible; battemens du cœur inapercevables.

T..... expire à neuf heures du matin, avant la fin de la visite (le troisième jour de son entrée). Un cataplasme sinapisé venait en ce moment d'être placé sur la région lombo-sacrée.

Sa mort est immédiatement précédée par une contraction spasmodique générale. La tête se renverse; le thorax est entraîné en arrière; la pupille se resserre; elle ne change plus sous l'influence d'une lumière plus vive. T..... devient immobile. La peau reste chaude et livide.

Nécropsie, vingt-quatre heures après la mort.

Extérieur. — La peau est partout et uniformément colorée en rouge livide. L'épiderme est détaché çà et là et se décolle partout avec une prodigieuse facilité, par le moindre frottement. Les poils, les cheveux, les ongles, s'arrachent sans effort. Le derme ainsi mis à nu est rosé et humide. Cette couleur se présente avec la même intensité, soit en avant, soit en arrière du cadavre.

Gonflement de la joue gauche, sur laquelle la tête a reposé. Ce gonflement est dû à l'accumulation d'un fluide séreux, qui pénètre les diverses parties de la joue. Point de gonflement semblable ailleurs, ni aux lombes, ni au dos.

Crâne. — La calotte enlevée, on ouvre la dure-mère : à peine celle-ci est-elle ouverte, que le cerveau, par l'effet de l'inclinaison de la tête, cédant à l'influence de la pesanteur, sort peu à peu de la cavité arachnoïdienne, sous forme d'une bouillie épaisse, diffluente; cette bouillie a conservé la disposition régulière du tissu cérébral; ainsi on y distingue les substances grise et blanche. Celle-ci est d'un blanc mat, n'offre nulle par la moindre strie rouge, le moindre point vasculaire, et contraste d'une manière frappante, et par une ligne nette et régulière, avec la substance grise, qui est rouge, livide, et partage l'aspect du tissu cutané.

Le cervelet sur-tout présente une telle diffluence, qu'il se réduit en bouillie presque liquide en tombant sur la table, par l'effet de son propre poids.

Le corps sus-sphénoïdal est également ramolli.

Les membranes du cerveau en général, sont rouges lie de vin. Leur coloration est sur-tout très-prononcée à la base du crâne. Les sinus longitudinal supérieur et transverse sont vides.

Le mésocéphale partage le ramollissement général de la masse cérébrale, qui semble s'arrêter au-dessous du bulbe rachidien.

La moelle épinière, à partir de la bulbe jusqu'au renflement lombaire, est dans sa consistance presque ordinaire ; mais le renflement du bas du dos est converti en bouillie grisâtre. Les nerfs qui en partent, décollés par le moindre effort, laissent des ouvertures par lesquelles s'échappe la bouillie grisâtre renfermée dans la pie-mère rachidienne. Au-devant et derrière ces ouvertures, s'en présentent de plus petites, presque capillaires, desquelles saillit également le même fluide.

Les nerfs sciatiques, dans la partie qui correspond aux échancrures de ce nom, sont colorées en rouge dans toute leur épaisseur. Cette coloration cesse au-dessous de l'échancrure, et les nerfs ne partagent point plus bas la rougeur livide des muscles qui les entourent.

Les ganglions surrénaux et opisto-gastriques, sont rouges, mais ne présentent ni gonflement, ni ramollissement. Ils partagent d'ailleurs, sous le rapport de la couleur, celle du tissu cellulaire qui les entoure. Quelques ganglions lombaires et cervicaux du trisplanchnique examinés, ne présentent rien de particulier.

Thorax. — Le pharynx est rouge et livide, ainsi que la partie laryngienne de l'œsophage. Au-dessous, ce dernier est blanchâtre comme de coutume.

Le larynx est le siége d'une vive rougeur, avec altération du poli de la muqueuse, au-dessus des lèvres de la glotte.

La trachée est, ainsi que les bronches, colorée en lie de vin.

Les poumons sont libres dans le thorax, excepté le droit qui adhère au diaphragme par sa base, et dont les lobes tiennent entre eux par des adhérences très-légères. Leur aspect est rosé et livide. Dans l'intervalle des lobes séparés du poumon droit, l'organe offre une couleur écarlate. Le tissu de ces organes est crépitant, surnage parfaitement, de couleur rouge livide, généralement engoué de sang. L'expression de ce tissu ne peut faire sortir en entier le sang qu'il contient. Le bord postérieur des poumons, comparé au bord intérieur, offre peu de différence. L'engouement sanguin est le même à peu près dans l'une et l'autre région.

Les plèvres présentent une très petite quantité de liquide rosé.

Le péricarde est vide. Le cœur est flasque et comme flétri. Cette apparence tient à l'extrême mollesse de son tissu, qui s'abandonne tout-à-fait à son poids.

L'oreillette droite ne présente rien de particulier, non plus que le ventricule droit, qui est, comme elle, de couleur rouge-brune. La valvule tricuspide présente des taches blanches, dues à une matière accumulée entre les deux lames fibreuses qui la forment. L'artère pulmonaire n'offre rien à remarquer, ni l'oreillette gauche. Le ventricule gauche, plus épais que le droit, offre une couleur rosée et livide. Mais au lieu d'être générale, comme dans le ventricule droit, elle suit les colonnes charnues, et ne se voit pas dans leur intervalle. La valvule mitrale présente des taches blanches analogues à celles de la valvule tricuspide. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont rosées, et presque écarlates, tandis que celles de l'artère pulmonaire sont d'une couleur livide.

L'aorte est généralement d'une couleur rouge écarlate, depuis son origine jusque dans ses principales branches. Cette coloration intéresse la membrane interne dont le poli est moindre que dans l'état naturel; mais elle est interrompue par des taches jaunâtres, irrégulières, formées par une matière crayeuse, et correspondant à une portion de membrane interne dépolie et rugueuse. Ces taches jaunâtre règnent à l'origine de l'aorte, sous les valvules sigmoïdes; à l'origine des troncs brachiaux encéphaliques; le long et dans l'intervalle des origines des intercostales et des lombaires. Les artères iliaques et crurales présentent une couleur, qui cesse d'être écarlate et devient livide.

Les veines partagent cet aspect livide.

Tout le système circulatoire est complètement vide, cœur, aorte, artère pulmonaire, veines. Nulle part un seul caillot, ni rien qui indique la présence du sang libre. Mais la surface interne de l'aorte présente une multitude de très-petites gouttelettes d'huile, très-reconnaisables à leur aspect brillant particulier. Aucun liquide voisin n'a pénétré dans l'aorte, pendant l'autopsie, pour lui communiquer cet aspect.

Derrière les reins, dans la masse lombaire du sacro-spinal, accumulation de sang noir en caillots

diffluens au milieu du tissu cellulaire de ces parties. Du reste, dans aucune de ces parties se trouve la moindre trace de pus, quoiqu'elles aient été durant la vie le siége d'une douleur atroce et persévérante.

Abdomen. — Péritoine généralement rouge, livide et poli.

Estomac. — Surface intérieure parsemée vers son grand cul-de-sac, le long de sa petite courbure, vers ses faces supérieure et inférieure de larges plaques rouges, comme ecchymosées, dans l'intervalle desquelles la membrane muqueuse offre un aspect mollasse et fongueux. Quelques liquides blanchâtres sont dans l'estomac. Au milieu d'eux se distinguent de très-petits grumeaux blanchâtres qui paraissent appartenir aux boissons dont le malade avait fait usage.

Duodénum, jéjunum, iléon enduits d'un liquide généralement rougeâtre, sous lequel la membrane muqueuse paraît, du côté de l'estomac, parsemée d'une innombrable quantité de très-petits points noirs; et ensuite, du côté du cœcum, marquée d'une légère teinte rosée. Mais çà et là des taches roses plus prononcées semblent avoir fourni du sang, qui, mêlé aux fluides digestifs, paraît constituer la matière rougeâtre et demi-visqueuse dont la muqueuse intestinale est uniformément enduite. Vers la fin de l'iléon, se trouvent trois lombricoïdes et un certain nombre de follicules grossis et isolés.

Cœcum, colon et rectum, remplis de matières fécales verdâtres, solides, très-bien formées, par masses isolées, paraissent être le résidu d'une digestion antécédente. Partout dans le gros intestin la membrane muqueuse est blanchâtre, et comme dans l'état naturel.

Rate un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Son tissu est noir comme de la suie. La pression le réduit en une bouillie noire sans aucune consistance.

Foie mollasse, d'un vert olive, se déchire facilement. Sa capsule fibreuse se détache facilement du tissu de l'organe.

Reins, séparés du tissu cellulaire sanguinolent sur lequel ils reposent, attirant vivement l'attention, par l'extrême facilité avec laquelle se détache de son tissu la capsule fibreuse qui l'enveloppe. Le tissu des reins dépouillé de cette capsule, on voit avec étonnement s'échapper de sa surface une multitude de petites gouttelettes d'huile. Leur nombre augmente par la pression du tissu. Lavé et essuyé il ne cesse, par une légère pression, de fournir le même fluide, très-reconnaissable à son aspect et à sa pesanteur spécifique, qui le fait aller à la surface de l'eau.

Les calices, le bassinet, l'infundibulum, sont comme dans l'état naturel et vides. La vessie est vide, rouge bleuâtre. L'urètre partage la couleur livide des parties qui l'avoisinent.

Les testicules n'offrent rien de particulier.

Tissu musculaire, généralement rouge livide, mollasse.

Tissu cellulaire, généralement pourvu de graisse non diffluente. L'ouverture des vésicules adipeuses prouve qu'elle est figée.

Malgré que la température de l'atmosphère ne fût, le 24 octobre, dans la matinée, que de 8 degrés sus zéro, thermomètre de Réaumur, les poumons et le cœur s'étaient conservés presque chauds.

Réflexions. — Cette observation me paraît importante sous plus d'un rapport. D'abord, elle nous présente une fièvre intermittente, arrivant à son apogée de force et de violence par le retour des causes qui l'avaient provoquée. Elle nous montre ensuite des altérations organiques très-remarquables et de nature à éclairer, d'une manière évidente, sur le siége positif de cette maladie, ainsi que sur l'influence du système nerveux sur l'économie. Les points de rapport qu'offre cette affection avec le choléra-morbus sont également curieux à signaler; si même il ne faut pas considérer cette affection intermittente, arrivée tout-à-coup au *summum* d'intensité, comme le choléra-morbus lui-même sous forme sporadique.

Il est certain que T... avait été vivement impressionné par les causes déterminantes de la maladie. Ces causes se trouvaient dans les alternatives de température, dans le développement de brouillards auxquels une constitution affaiblie avait été vivement sensible, et dans les effets d'une activité personnelle qui lui avait peut-être fait quitter l'hôpital, lors de sa première maladie, plutôt qu'il ne le devait, plutôt que ne le comportait apparemment l'état de susceptibilité de son système nerveux.

Sous l'influence de ces causes, ce système, fortement ébranlé, réagit d'abord un jour, non l'autre, contre les causes de concentration qui l'assaillent; et, par ce balancement alternatif, par cette action nerveuse tour-à-tour concentrique et excentrique qui caractérise son activité de tous les instans, se trouve tout-à-coup lancé hors de la sphère ordinaire, et livré à la plus vive irritation. Cette irritation, fixée avec une intensité toute spéciale sur la portion dorso-lombaire de la moelle, ordinairement seule affecté dans les fièvres intermittentes simples, détermine tous les phénomènes propres à cette irritation, c'est-à-dire qui caractérise la période de chaleur de tout accès fébrile, succédant à la période de frisson ou de concentration nerveuse. Mais la congestion des organes ayant été extrême et persévérante, et le système nerveux ayant bientôt cessé d'agir, il en est résulté une stase générale du sang dans toutes les parties, et cette coloration livide qu'elles présentaient uniformément.

A un degré moindre d'irritation, il aurait pu y avoir vomissement, dévoiement, et si, surtout, la cause morbide eût été de nature à favoriser ces mouvemens excréteurs.

On connaît, en effet, la disposition physiologique qui tend à diriger vers les voies digestives les miasmes absorbés dans les amphithéâtres, comme aussi les poisons putrides, après qu'ils ont d'abord agi sur le système nerveux. On conçoit donc comment, dans ces cas, il peut survenir, avec des accès fébriles plus ou moins prononcés, de la diarrhée, du dégoût, des vomissemens et autres signes évidens d'une irritation gastro-rachidienne.

Ce n'était donc pas sans une donnée physiologique certaine du siége des fièvres intermittentes que, en janvier 1827, développant à la Société des sciences médicales du département de la Moselle le siége et la nature de ces affections, nous établîmes que ces fièvres étaient des irritations rachidiennes, d'abord faibles, périodiques, par le jeu même du système nerveux, perpétuellement livré à un mouvement concentrique, celui des impressions, et excentrique, celui des réactions sur le système circulatoire et musculaire; mais devenant rémittentes, même continues, lorsque cette excitation se transmettait aux organes digestifs, et trouvait dans l'irritation de ces organes un aliment persévérant à leur durée. Que cependant, dans ces cas, le système nerveux rachidien se déchargeait ordinairement de son irritation, et que l'affection abdominale devenue prédominante, attirant à

elle l'irritation rachidienne, n'agissait plus que sur les méninges, à la manière des gastro-entérites ordinaires.

Nous établîmes aussi que la même impression de froid que détermine l'irritation de la moelle, ou la transmission aux organes de cette même irritation rachidienne, pouvait causer des points de côté, des bronchites, des pneumonies et autres phénomènes irritatifs. Que, en un mot, l'irritation rachidienne simple, ou unie à toutes les phlegmasies viscérales, déterminait seule leur intermittence, et méritait, par la spécialité de son siége, une attention particulière.

Que, dans le cas où l'absorption des miasmes des marais, des brouillards malsains, des émanations fétides, tendait à introduire dans l'économie une cause directe d'irritation sur le système nerveux, alors s'observaient dans les cas ordinaires, avec des rechutes plus faciles, plus fréquentes, sous l'influence renouvelée de ces causes, des éruptions diverses aux lèvres, au nez, aux paupières, aux oreilles, aux joues, au menton ou même à la face.

Du reste, dans tous ces cas, la langueur du système nerveux après les rechutes, la débilité du système musculaire, la paralysie incomplète des extrémités inférieures, étaient des preuves convaincantes de l'affection rachidienne, comme aussi la maigreur et l'infiltration générales.

Ici se rattache l'observation cadavérique relative à l'huile trouvée dans l'aorte et dans le tissu du rein, chez le sujet qui a donné lieu à ces réflexions. Y aurait-il, dans le cas d'irritation rachidienne, tendance à la résorption de la graisse, et impossibilité d'en déposer de nouvelle; ou bien cette prédominance des fluides séreux tiendrait-elle seulement à l'imperfection des actes nutritifs? Il me semble que cette dernière opinion est la plus probable.

Il nous reste à signaler la frappante analogie de l'affection qui a été décrite avec le choléra-morbus; aux vomissemens et aux évacuations alvines près, il est difficile de trouver plus de ressemblance. Comme dans cette affection : dilatation des pupilles, vive douleur, vive sensibilité à l'épigastre, crampes aux extrémités, petitesse du pouls et faiblesse progressive de la circulation, qui finit par devenir tout-à-fait insensible aux approches de la mort; enfin, lividité générale de la peau. Comme dans les cadavres de cholériques, altération remarquable dans le système nerveux digestif et pulmonaire.

En terminant ces réflexions, destinées à mettre en évidence le siége des fièvres intermittentes, je me félicite de m'être trouvé, sur cet objet, dans des idées analogues à celles de M. Guérin (de Mamers), qui a exposé avec tant de sagacité le rôle du système nerveux dans ces maladies.

Il reste un mot à dire sur le traitement d'une affection aussi grave que celle dont T... fut atteint. Les antiphlogistiques, les émissions sanguines locales, lorsqu'un point d'irritation déterminé se présente; les saignées générales, lorsque la maladie s'accompagne de congestion cérébrale, pulmonaire, ou lorsque les points d'irritation, trop multipliés, ne permettent pas aux seules applications de sangsues de suffire : tel est le traitement employé dans la première période des fièvres intermittentes compliquées. Dès que les symptômes d'irritation faiblissent, avec le retour de l'état de calme s'administrent alors les révulsifs, qui ont pour résultat de retenir dans les organes l'action qui tendrait à se concentrer de nouveau sur le système nerveux, et à déterminer le retour de l'accès. Les révulsifs les plus efficaces dans ce cas, sont toujours ceux qui changent le mode d'action des organes, plutôt que ceux qui, sans le changer, ne font que l'accroître. C'est ainsi que le sulfate de quinine, le kina, les amers, les astringens, le sulfate de fer, l'opium, en changeant le mode d'action de la membrane muqueuse gastro-intestinale, en imprimant à cette partie un mouvement organique différent, rompent la communication trop directe, trop intime, établie entre elle et le système nerveux, et préviennent ainsi les effets d'une correspondance fâcheuse d'action. Le système nerveux perd, par ce changement organique, cette mobilité qu'il présentait; son action (son fluide nerveux, si l'on veut) concentrée reflue vers les organes d'où partaient les impressions fébrigènes, et il résiste mieux, par conséquent, aux causes qui tendent à détruire, dans l'économie, l'équilibre des forces organiques.

Ainsi s'explique la spécialité d'action de certains fébrifuges, le nombre varié de ces agens, et le peu de succès de ceux qui, loin de changer le mode d'action des organes, n'ont d'autre effet que de développer de l'irritation. Aussi les purgatifs, les émétiques, qui augmentent la mobilité nerveuse du canal digestif; les vins, les alcooliques, qui sont purement stimulans, manquent-ils souvent leur effet.

Mais en l'absence de miasmes absorbés, et irritant le système nerveux, une chaleur permanente, une température moyenne et constante seule suffit souvent pour la guérison des fièvres intermittentes simples. Cela se voit tous les jours. Le repos, l'entrée à l'hôpital des fébricitans, suffisent à leur guérison; mais la fièvre les attend à leur sortie. C'est donc à fortifier l'économie contre la mobilité, l'impressionabilité du système nerveux, que s'attache alors le médecin, et il y parvient avec certitude par l'usage des amers.

Que faire autre chose dans une affection gastro-spinale très-aiguë, sinon ce qui est indiqué dans tous les cas analogues? La rapidité avec laquelle de graves symptômes se développent, ne saurait changer les bases du traitement; et l'on peut dire ici que les intermittences d'irritation rachidienne ont été si courtes, qu'il n'y a eu véritablement à employer que les antiphlogistiques, les émissions sanguines, qui seules pouvaient, sinon enlever, du moins calmer la maladie.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

AOUT, 1833.

Tumeur syphilitique de la lèvre inférieure, prise pour une tumeur cancéreuse; guérison parfaite obtenue par un traitement anti-vénérien. (Observation communiquée par le docteur Carteaux.)

Madame ....., âgée de cinquante-trois ans, d'une constitution faible, habitant près d'un port de mer, vint, au mois d'octobre 1832, me consulter pour une tumeur qu'elle portait à la lèvre inférieure depuis environ trois mois.

Au dire de la malade, cette tumeur avait débuté par un petit bouton dur, accompagné de démangeaisons et de quelques douleurs sourdes. Bientôt les régions sous-maxillaires devinrent à leur tour douloureuses, et furent en très-peu de temps prises d'un gonflement considérable. Le bouton de la lèvre s'accrut aussi quoique plus lentement, et il avait atteint le volume d'un gros pois lorsque je l'examinai. Sa couleur était d'un rouge brun livide, et la partie correspondant au bord libre de la lèvre offrait une ulcération de l'étendue de deux lignes environ.

Dès le début du mal, on eut recours à diverses médications qui furent employées sans succès. Deux chirurgiens, regardant cette affection comme de nature cancéreuse, prescrivirent un régime tonique et l'usage de la ciguë, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; enfin, un d'eux conseilla l'ablation de la tumeur, et la malade se serait de suite soumise à cette opération, si des affaires ne l'eussent appelée dans le même temps à Paris.

La couleur grisâtre de l'ulcère et le développement assez prompt de la tumeur, accompagnée presque en même temps de l'engorgement des ganglions lymphatiques, me donnèrent à penser que l'affection était plutôt de nature syphilitique que cancéreuse; néanmoins, la vie régulière de madame ....., veuve depuis huit ans, son âge et sa moralité, qui m'est bien connue, ne permettaient guère d'expliquer comment elle pouvait avoir contracté cette maladie, et les renseignemens pris près d'elle écartaient encore mon diagnostic.

Dans le doute, je prescrivis, le 7 octobre 1832, le traitement suivant :

Six sangsues à chaque angle des mâchoires, cataplasmes émolliens sur les piqûres, lotions sur la tumeur avec une décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots, cataplasmes sur la lèvre pour la nuit seulement, boisson délayante et de légers potages maigres pour toute nourriture, deux bains entiers par semaine.

Au bout de huit jours, l'engorgement des régions sous-maxillaires avait diminué des deux tiers, la tumeur conservait à-peu-près le même volume, et l'ulcération s'était un peu agrandie.

Huit sangsues furent de nouveau appliquées sur les parties tuméfiées, l'ulcère fut lavé plusieurs fois dans la journée avec la dissolution suivante :

Pr. Deuto-chlorure de mercure, quatre grains;
Eau distillée, quatre onces.

Le reste du jour il fut maintenu couvert avec un plumasseau de charpie sèche.

Au 10 novembre, l'engorgement des régions sous-maxillaires avait complètement disparu; l'ulcération, de grisâtre qu'elle était dans toute son étendue, présentait des points d'un rouge vif; la tumeur, diminuée d'un tiers environ, offrait une teinte beaucoup moins violacée.

La malade, qui a conservé presque toutes ses dents, sentit les incisives inférieures s'ébranler un peu; je fis alors remplacer (pour laver l'ulcère) la dissolution de deuto-chlorure de mercure, par celle-ci :

Pr. Chlorure d'oxide de sodium, une partie;
Eau distillée, cinq parties.

A l'intérieur je prescrivis :

Pr. Extrait de salsepareille, un gros;
Deuto-chlorure de mercure, six grains;
Extrait aqueux d'opium, six grains.

Faire du tout trente-six pilules, dont on prendra une le matin et une le soir.

L'usage de deux pilules par jour fit éprouver à la malade des coliques, des malaises et un trouble général. Je l'engageai à s'en tenir à une seule pilule, et à y joindre matin et soir une cuillerée de sirop sudorifique.

Enfin, au 20 décembre, madame ..... put s'en retourner chez elle complètement guérie. Les renseignemens que j'ai obtenus depuis sa guérison ont presque complètement confirmé le diagnostic que j'avais porté, ainsi qu'un de mes confrères qui vit à Paris la malade. En effet, peu de temps avant le développement de la tumeur, cette dame reçut chez elle un de ses frères qui, depuis longtemps au service de la marine française, venait chercher quelques secours à Paris pour une affection de la gorge, dont il n'indiqua pas il est vrai la nature, mais que le médecin de l'endroit qu'habite cette dame, et qui la visita, reconnut être de nature vénérienne. Madame ..... s'est rappelé depuis, avoir bu une fois dans le verre de son frère, et il est à présumer qu'elle aura contracté de cette manière la maladie dont nous rapportons ici l'observation.

Réflexions.—Les exemples de syphilis contractée en buvant après des individus affectés d'ulcérations vénériennes de la gorge, sont assez nombreux; néanmoins, c'est plutôt par des baisers lascifs ou d'obscènes jouissances que se communique cette affection. Quoi qu'il en soit, les tumeurs syphilitiques des lèvres ont assez de ressemblance avec les tumeurs cancéreuses pour en imposer à des médecins d'ailleurs très-instruits. Les méprises de ce genre sont d'autant plus faciles, que le plus ordinairement on n'a des malades aucuns renseignemens, soit parce qu'eux-mêmes n'en possèdent point, soit parce qu'ils n'osent pas avouer qu'ils se sont exposés à la contagion. Le plus ou moins de rapidité avec laquelle la tumeur et particulièrement l'engorgement des ganglions sous-maxillaires se sont développés, peut aider beaucoup dans le diagnostic. Si l'on considère, en effet, que les tumeurs cancéreuses ne produisent que très-tard l'engorgement des glandes de la mâchoire, tandis que dans l'infection vénérienne cet engorgement survient presqu'en même temps que les autres symptômes syphilitiques, il sera facile d'éviter toute erreur. En tout état de chose, lorsqu'il reste quelque incertitude sur la nature du mal, on doit, avant de pratiquer l'ablation de la tumeur, essayer le traitement antisyphilitique qui, sagement administré, peut tout au plus être inutile.

Les tumeurs de la nature de celles dont on vient de parler ne sont pas les seules symptômes syphilitiques qui siégent aux lèvres. On y observe aussi, vers les commissures, des ulcérations plus ou moins étendues, et qui pour l'ordinaire sont consécutives à une infection vénérienne générale, et coïncident avec d'autres symptômes: ces ulcérations subsistent parfois un temps assez long sans faire de rapides progrès; mais la couenne blanchâtre qui s'élève à leur surface permet rarement de les confondre avec d'autres ulcères. Elles cèdent de même facilement à des topiques mercuriels associés à un traitement antisyphilitique général.

Angines couenneuses traitées par des injections d'eau tiède. — Rupture d'un kyste séreux dans l'intestin. — Hydrophobie; considerations sur son siége et son traitement préservatif.

M. Dupuch-Lapointe, secrétaire de la Société royale de Médecine de Bordeaux, a publié un résumé des travaux de cette compagnie pendant l'année 1832. Plusieurs des faits contenus dans cette notice, quoique très brièvement rapportés, pourront intéresser le praticien.

Angines couenneuses. — N'ayant obtenu aucun résultat favorable des gargarismes avec l'acide hydrochlorique dans les angines couenneuses, ni de la pâte faite avec l'alun, ni du chlorure de chaux, qui est très-irritant, M. Gintrac a observé de bons effets des injections d'eau tiède, souvent répétées, chez plusieurs individus atteints de cette maladie, notamment chez une demoiselle âgée de treize ans, offrant une amygdalite du côté gauche, avec formation de fausses membranes. Au début on appliqua quelques sangsues à l'anus; mais bientôt on n'employa que ces injections, que la malade supportait très bien, et qui détachèrent ces fausses membranes. A leur chute, la partie qui en était recouverte présentait une couleur rouge très-prononcée.

Rage. — Une fille, âgée de sept ans, vive, nerveuse, fut mordue à la lèvre inférieure par un chien dont on n'a pu constater la santé, et qui disparut immédiatement. L'enfant, d'abord fort effrayée, fut bientôt rassurée par ses parens. La petite plaie se cicatrisa et la malade reprit ses amusemens et son genre de vie ordinaire. Cinq semaines environ après la morsure, elle commença à être triste; elle perdit l'appétit et éprouvait un malaise qu'elle ne pouvait définir. Cet état durait depuis trois jours lorsqu'il survint des convulsions à la face et aux membres, et une grande loquacité; la bouche contenait un liquide écumeux que la malade crachait à chaque instant; la figure offrait un aspect insolite et égaré, les pupilles étaient dilatées, les yeux cependant fort sensibles à la lumière; le pouls était presque dans l'état normal et le ventre souple. Les convulsions se succédaient à de cours intervalles, et il suffisait pour les provoquer de présenter à la malade un liquide, ou de lui proposer de boire.

MM. Dupont et Brulatour lui pratiquèrent une saignée du bras, mais ne purent retirer qu'environ deux onces d'un sang noir et poisseux; des sangsues furent appliquées au cou; on mit la malade dans un bain, on lui administra des lavemens, on fit sur le ventre et les cuisses des onctions d'onguent mercuriel opiacé. Mais les symptômes allèrent toujours en s'aggravant; elle se plaignait d'un sentiment de constriction à la gorge, mais elle ne manifesta aucun désir de mordre; enfin elle expira sans agonie, vingt-quatre heures après que les convulsions eurent commencé.

A l'autopsie, on trouva la petite plaie de la lèvre cicatrisée; les vaisseaux des meninges et du cerveau étaient gorgés de sang, les coupes de la substance médullaire laissaient suinter quelques gouttelettes de ce fluide; les enveloppes du canal rachidien étaient parcourues par des veines très-dilatées, et la moelle légèrement injectée. Les glandes salivaires étaient gonflées; on vit sur la langue trois petites taches comme ecchymosées; le pharynx et les amygdales étaient rouges. Il y avait quelques plaques rouges dans le canal intestinal, qui contenait treize vers lombrics.

Réflexions. — Les rédacteurs de cette observation ont fait remarquer avec raison que, bien qu'on n'ait pu s'assurer que le chien qui a fait la morsure était véritablement atteint de la rage, les symptômes observés chez cette jeune enfant, et l'absence de désordres graves rencontrés après la mort, sont suffisans pour faire croire qu'elle a succombé à des accès d'hydrophobie. Nos réflexions ne porteront donc pas sur la nature de la maladie; nous voulons

seulement dire un mot des lésions cadavériques observées. Dans cette observation, comme dans presque toutes celles qui ont été recueillies avec soin, le cerveau et la moelle épinière ont offert des traces de congestion, bien insuffisantes, il est vrai, pour expliquer la violence des accidens, mais prouvant néanmoins que l'action du virus rabéique est principalement dirigée sur cet organe. Les expériences tentées par le professeur Rossi, et qui consistent à communiquer la rage à un animal bien portant en introduisant dans une incision faite à la peau un fragment d'un nerf enlevé à un chien mort enragé, prouvent également que c'est le système nerveux qui conserve ou conduit le venin vers l'organe central de l'innervation. Ce séjour du virus dans le système nerveux a même paru si évident à quelques praticiens, qu'ils n'ont pas hésité à expliquer de cette manière les légers accidens qui surviennent quelquefois chez les individus dans le long intervalle qui s'écoule entre la morsure et le développement de l'hydrophobie, et même les désordres qui ont été observés dans le cerveau d'un petit nombre de sujets, et qui ne pouvaient être que le produit d'une affection chronique. Parmi les faits de ce genre, où le virus aurait pendant de longues années influencé le cerveau d'une manière fâcheuse, aucun ne paraîtra plus curieux que celui cité par M. Larrey, dans sa Clinique chirurgicale.

Un cuirassier de la garde royale avait été mordu, à l'âge de quatorze à quinze ans, par un chien enragé, à la cuisse droite, où s'apercevaient encore des cicatrices irrégulières : l'animal était mort de cette maladie.

Depuis cette époque, ce jeune homme n'a cessé d'éprouver une sorte d'affection nerveuse, accompagnée de spasmes et d'aberration passagère, dans les facultés intellectuelles, à tel point, qu'après son entrée au service militaire, ses camarades cherchaient à s'en isoler, et qu'il avait été changé deux fois de régiment. Il était irascible et assez souvent agité de mouvemens automatiques; on observait chez lui une loquacité bruyante et irrégulière. Il était maigre; ses yeux étaient hagards; il avait des vertiges et des éblouissemens fréquens. Il a toujours éprouvé une sorte de répugnance pour l'eau pure et limpide, et il n'a jamais manifesté le désir de faire usage de cette liqueur, même dans les circonstances où ses compagnons, tourmentés par la chaleur du jour, s'en abreuvaient en sa présence.

Tel était son état lorsqu'il entra à l'hôpital de la garde royale, le 29 mai 1821, pour une entorse qu'il s'était faite au pied droit. Des symptômes de nostalgie s'étant joints aux accidens que nous venons de décrire, cet homme entreprit de se faire réformer, et loin de se laisser guérir, il employa tous les moyens possibles pour agraver son mal. En effet, la gangrène s'étant emparée de la jambe, il fallut en faire l'amputation.

Après quelques orages la plaie avait déjà parcouru toutes ses périodes, et était aux deux tiers de sa cicatrisation, lorsqu'au trentième jour de l'opération, le malade montra tout-à-coup une aversion marquée pour toutes sortes de liquides transparens, et donna des signes d'une augmentation de spasmes et d'inflammation cérébrale. Il éprouva des mouvemens convulsifs, des serremens de mâchoire avec grincemens de dents, et il entra dans un véritable état de contraction tétanique. La mort survint dans la nuit du trente-deuxième au trente-troisième jour.

On trouva à l'autopsie : hypertrophie du crâne, principalement à la région occipitale; engorgement considérable des vaisseaux des meninges et du cerveau, ainsi que du sinus longitudinal supérieur et des plexus choroïdes; légères granulations à la périphérie des hémisphères; environ une once de sérosité jaunâtre dans les ventricules latéraux; fermeté et densité de tout l'encéphale et de la moelle épinière; teinte rougeâtre dans la protubérance annulaire, ainsi que dans les couches des nerfs optiques et dans le névrilème de la plupart des nerfs de la moelle alongée, près de leur origine. Parmi les autres organes, le cœur seul a offert quelque chose de particulier : ses cavités étaient rétrécies, et les principaux vaisseaux qui y prennent leur origine avaient perdu le tiers à peu près de leur diamètre.

M. Larrey n'hésite pas à admettre que le virus rabéique est la cause des symptômes et des accidens qui se sont manifestés chez ce jeune homme depuis l'époque de la morsure jusqu'à l'amputation qui lui a été pratiquée, c'est-à-dire pendant sept ans, et que les accès n'ont pris plus de violence que par l'effet de causes déterminantes. Ce chirurgien pense aussi que le virus s'était concentré dans les systèmes encéphalique et nerveux.

Une pareille explication nous semble difficile à admettre; car il n'est pas besoin de l'inoculation d'un virus pour que des désordres semblables du système cérébral soient produits; et l'hydrophobie, les spasmes et tous les symptômes observés chez ce soldat se rencontrent fréquemment, sans qu'on puisse soupçonner l'action d'un virus quelconque. Cependant nous ferons observer que le temps pendant lequel les effets de la rage inoculée restent latens est fort variable, et que d'assez nombreux exemples peuvent faire croire que le système nerveux en est resté dépositaire pendant plusieurs années, et que ce n'est que par l'effet de quelque cause déterminante que les signes en sont devenus patens.

Nous n'avons insisté sur ces observations que pour en tirer une conclusion intéressante pour la pratique, c'est que s'il était bien prouvé que les nerfs conduisent le virus rabéique au centre commun de l'innervation, on agirait un peu moins en aveugle dans l'emploi des moyens préservatifs, et l'on ferait plus généralement usage de ceux dont l'action sur le système nerveux nous est démontrée. Ainsi, après avoir cautérisé la plaie, moyen dont l'efficacité est prouvée par l'expérience, ne serait-il pas prudent de soumettre les blessés à l'action du galvanisme et de l'électricité, ainsi que l'a recommandé M. Pravaz, et de faire usage, pendant les premiers jours qui suivent la morsure, de tous les moyens dont l'action sur le système nerveux n'est pas douteuse.

Observation d'une hernie ombilicale radicalement guérie par le séjour au lit.

M. David a publié dans l'Observateur de l'Indre un exemple de guérison de hernie par le seul séjour au lit, suivant la méthode préconisée par M. Ravin, de Saint-Valery.

Madame ***, âgée de trente-sept ans, portait depuis plusieurs mois une hernie ombilicale de la grosseur d'un gros œuf de poule; cette maladie était la suite d'un accouchement laborieux, et n'avait point disparu avec la distension des parois abdominales; elle acquérait de jour en jour plus de

volume. M. David plaça cette femme sur un matelas résistant, le bassin élevé au moyen de paillassons, la tête basse, les jambes pendantes de manière à produire une tension assez forte des parois abdominales; la hernie fut complètement réduite; une pelotte large, dépassant l'ouverture herniaire, fut appliquée et maintenue en place avec une ceinture ordinaire de bandage, pendant trente-cinq jours. A cette époque, l'ouverture était fortement rétrécie et ne pouvait plus admettre le petit doigt, quand, auparavant, les deux pouces pouvaient à peine maintenir la hernie réduite. Le bandage et la pelotte furent replacés. La malade, pleine d'espoir et de courage, conserva sa position encore trente jours. A leur expiration, elle se leva. L'ouverture avait disparu. Des efforts violens de toux laissèrent percevoir un léger choc. Le bandage fut encore maintenu en place pendant quelques mois, pour assurer à jamais la guérison de la hernie. Aujourd'hui la cure est parfaitement consolidée.

M. David assure que, depuis la publication des essais de M. Ravin, cette méthode lui a réussi pour la cure radicale de plusieurs hernies. Il cite l'observation d'une femme opérée par lui d'une hernie crurale gauche, que le séjour au lit pendant le temps nécessaire à la guérison de sa plaie a débarrassée en même temps d'une hernie crurale droite datant de dix ans, et celle d'un jeune homme également affecté d'une double hernie depuis un an environ, qui fut mis sur le dos, le bassin élevé, les jambes pendantes, de manière à ce que les muscles qui concourent à former le canal inguinal fussent dans un état continuel de contraction. Un bandage double fut en outre exactement appliqué. Au bout de quarante-cinq jours, le malade fut complètement guéri.

Succès inespéré de l'emploi d'un vomitif dans un cas de suffocation imminente, à la suite d'une hémoptysie supprimée subitement. (Par le docteur Loevenhard.)

Nous croyons que les médecins sont, en général, trop timides dans l'emploi des vomitifs contre les maladies du poumon, et surtout dans la péripneumonie. Il est vrai cependant qu'on commence à reconnaître l'utilité du tartre émétique dans les inflammations pulmonaires; mais, bien qu'on croie que les antimoniaux jouissent d'une vertu résolutive, on n'apprécie pas assez l'utilité de la nausée et du vomissement qu'ils excitent. L'histoire de la maladie qui suit montrera de quel secours fut cette substance, administrée dans une dyspnée suffocante.

Madame L...., âgée de quarante-six ans, contrefaite, d'une constitution faible et d'un tempérament vif et irritable, était sujette depuis plusieurs années à des attaques d'hémoptysie. Convalescente depuis trois semaines d'une péripneumonie, elle rentra un soir chez elle fort tard, pendant le mois de janvier et par une nuit extrêmement froide. A son arrivée, elle fut prise d'hémoptysie, accompagnée de forte dyspnée. Son médecin, appelé aussitôt, ordonna les moyens usités en pareils cas, et l'hémorragie sembla devenir moins abondante; mais bientôt la malade prit d'elle-même de la poudre styptique (poudre d'alun), qui en effet arrêta sur-le-champ l'hémorragie; mais la dyspnée augmenta tellement, que la suffocation devint imminente.

On m'appela à dix heures du soir: je trouvai la malade assise dans son lit, faisant des efforts pour respirer, le visage était pâle, les traits altérés, le pouls petit, fréquent; la peau du visage et des extrémités d'un froid glacial. Il n'y avait aucune secousse de toux. J'appris des personnes qui entouraient cette dame que la dyspnée n'avait atteint que peu à peu ce degré d'intensité. Je fis pratiquer sur-le-champ une saignée; mais à peine s'était-il écoulé quelques onces de sang que les forces tombèrent tout-à-fait; le pouls n'était plus sensible aux doigts, et la malade tomba en défaillance. Je fis appliquer alors sur la poitrine et sur le dos des sangsues et des sinapismes, et donnai des bains de pieds et de mains sinapisés fort chauds. A l'intérieur, je fis prendre alternativement du souffre doré d'antimoine et une mixture à laquelle j'ajoutai de l'acide acétique. Vers minuit, la malade cracha un peu de sang coagulé, et la dyspnée fut un peu moindre; mais à peine l'avais-je quitté qu'on m'appela de nouveau, parce que la suffocation avait reparu avec une nouvelle intensité. Pour prévenir la paralysie des poumons, que leur engouement devait faire craindre, je crus que l'indication principale était de chercher à débarrasser l'organe malade du sang coagulé qui le remplissait en excitant et en rappelant la toux, qui avait été supprimée par la poudre styptique. Je fis donc respirer à la malade des vapeurs de vinaigre chauffé, auquel j'ajoutai plus tard la myrrhe et les fleurs d'arnica. En même temps, je lui fis prendre à l'intérieur une infusion de racine de senega et de fleurs d'arnica à laquelle j'ajoutai le musc et la liqueur d'ammoniaque succinée alternativement avec un mélange de souffre doré d'antimoine, d'oxymel scillitique et de liqueur d'ammoniaque anisée; tout cela sans le moindre succès. La suffocation semblait toujours plus imminente. Dans cette perplexité, je ne vis d'autre ressource que de donner un vomitif. Je fis prendre le souffre doré d'antimoine joint à l'oxymel scillitique à une telle dose, qu'ils excitèrent d'abord la nausée, et ensuite le vomissement (1). Elle commença par rendre des mucosités, puis du sang coagulé. Plus tard, la toux reparut enfin, et lui fit rejeter quelques onces d'un sang noir. Le soulagement fut extrême; cependant la dyspnée durait encore à sept heures du matin, mais le pouls était plein, le visage et les extémités avaient repris leur chaleur naturelle. La malade ayant une extrême répugnance pour la saignée, je me bornai à appliquer quelques sangsues à la poitrine, et à faire prendre à l'intérieur, pour exciter l'expectoration, un mélange de calomel et de soufre doré d'antimoine. L'effet de ces moyens ne tarda pas à se manifester, car le soir la malade rendit une grande quantité de mucosités et de sang coagulé. Le jour suivant, elle eut une semblable expectoration. La fièvre et la dispnée diminuèrent sensiblement, et disparurent enfin tout-à-fait au bout de quelques jours par l'emploi de moyens antiphlogistiques.

C...z.

(*Journ. de la Méd. prat. de Hufland.*)

(1) Le soufre doré d'antimoine est d'un usage assez répandu en Allemagne, où, comme on le voit par ces observations, on emploie habituellement une prodigieuse quantité de drogues; en France on ne s'en sert presque plus que dans la médecine vétérinaire. On lui préfère avec raison le kermès minéral qui, à la dose de huit à dix grains suspendus dans une potion de quatre onces, et donnes par cuillerées de quart-d'heure en quart-d'heure, détermine des vomissemens. L'émétique a une action beaucoup plus sûre. (N. du R.)

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

GAZETTE DU 3 AOUT.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE

SUR LE CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR,

Considéré sous le rapport de l'opération du broiement;

Par LEROY D'ÉTIOLLES.

La connaissance du *volume* de la pierre n'était pas sans importance lorsque l'opération de la taille était le seul moyen de guérison que possédât la chirurgie, mais elle n'avait pas besoin d'être extrêmement rigoureuse; si le calcul ne dépassait pas en grosseur un petit œuf de poule, on en faisait l'extraction par l'une des tailles sous-pubiennes; au-delà de ce volume, on pratiquait la taille hypogastrique; mais depuis que la lithotritie a pris place dans la science, l'appréciation exacte de la grosseur de la pierre a acquis une importance plus grande, elle est même devenue chose essentielle, car c'est en grande partie d'après cette appréciation que le chirurgien décide si le broiement est ou n'est pas praticable, et de quels instrumens il convient de faire usage.

En général il est facile de distinguer une pierre petite d'une pierre volumineuse. Lorsque la sonde, parcourant librement la vessie, ne rencontre de corps dur que dans un point peu étendu, lorsque ce contact n'est que momentané et difficile à reproduire, lorsque le bruit résultant du choc de la sonde est sec et clair, lorsque les symptômes existent depuis peu de temps, l'on a tout lieu de croire que la pierre est petite.

Lorsqu'au contraire la sonde, aussitôt après son entrée dans la vessie, rencontre la pierre et continue de la toucher dans les divers mouvemens qu'on lui imprime, si le bruit produit par son choc est grave et fort, la pierre a probablement un volume considérable.

Plusieurs circonstances qui se présentent assez fréquemment peuvent faire croire les concrétions vésicales plus volumineuses qu'elles ne le sont en effet. Ainsi, lorsqu'une petite pierre est engagée dans une portion profonde de l'urètre, lorsqu'un calcul prostatique se montre dans le conduit de l'urine, lorsqu'un prolongement ou tubercule d'une pierre moyenne de forme irrégulière fait saillie dans le col de la vessie, la sonde, quelque mouvement qu'on lui imprime, ne cesse pas d'être en contact avec le corps dur et de frotter sur lui; mais, comme je l'ai dit en parlant des pierres dans l'urètre et dans la prostate, en portant par un mouvement de rotation le bec de la sonde dans les diverses parties de la vessie et surtout dans le bas-fond, lorsque ce mouvement est possible, l'on s'aperçoit de suite que le calcul n'est pas dans cette poche. Ramenant alors le bec de la sonde dans l'urètre et le faisant rentrer doucement dans la vessie, l'on reconnaît la situation véritable de la pierre, et l'on apprécie plus exactement son volume. Veut-on des exemples de la facilité avec laquelle cette erreur peut être commise, on en trouvera dans les observations 99 et 100 du *Traité de la taille*, de Deschamps.

Dans la première, Deschamps croyant, chez un enfant, à l'existence d'un calcul volumineux, avait fait une grande incision. La tenette introduite ne rencontra pas de pierre dans la vessie. Persuadé qu'il s'était mépris, il allait faire transporter le petit malade dans son lit lorsqu'un des assistans fit remarquer sur le drap une pierre de la grosseur d'un noyau d'olive, qui avait été entraînée par le flot de l'urine, et dont la situation dans le col de la vessie avait causé l'erreur du diagnostic.

Dans le second cas on croyait à l'existence d'un calcul volumineux pour lequel on se disposait à pratiquer la taille sus-pubienne, lorsque Deschamps reconnut la situation du calcul dans le col et obtint que l'on fît au périné une incision moyenne par laquelle on retira une pierre grosse comme une amande.

Obs. I — En 1829, M. Guersent fils m'engagea à venir voir un enfant de 7 à 8 ans, ayant une pierre qui semblait volumineuse, et qui, dans une tentative de lithotritie, n'avait pu être saisie avec la pince à trois branches que d'une manière incomplète. Deux branches seulement avaient pu en pincer le sommet et le foret avait éraillé sa surface. Je reconnus que la pierre était engagée dans le col de la vessie et semblait y adhérer; bien que son volume ne me semblât pas considérable, je pensai qu'il valait mieux pratiquer l'opération de la taille, qui réussit en général très-bien chez les enfans, que de tenter de nouveau la lithotritie, qui n'aurait pu réussir qu'après la répulsion du calcul dans la vessie. M. Guersent, partageant cet avis, pratiqua,

avec beaucoup de dextérité, la taille bi-latérale, et fit l'extraction d'un calcul de la forme et de la grosseur d'une olive. Sur l'un des points de sa surface l'on voyait des traces d'adhérences de la muqueuse. L'enfant guérit sans accident.

L'erreur contraire peut également être commise et des pierres très-grosses paraître d'un volume médiocre. N'a-t-on pas vu, en effet, nombre de fois, pratiquer la taille hypogastrique, après avoir inutilement tenté l'une des tailles périnéales pour des calculs trop volumineux pour sentir par cette voie. J'ai été plusieurs fois témoin de méprises commises au sujet de la grosseur des calculs vésicaux. Quelques-unes semblent vraiment extraordinaires. J'en citerai un exemple entre plusieurs.

M. L....., négociant à Lyon, m'écrivit, en 1827, pour me demander d'aller l'opérer. Dans sa lettre était contenue la consultation d'un chirurgien. Il y était dit qu'une première fois le cathétérisme avait été pratiqué sans que l'on eût senti de pierre ; que dans une seconde exploration, un calcul avait été rencontré et qu'il était d'une petit volume. Persuadé d'après cela qu'un très-petit nombre de séances seraient nécessaires et ne me tiendraient que peu de temps éloigné, je consentis à me rendre à Lyon. Là, ayant sondé M. L...., je trouvai sa vessie remplie par une masse pierreuse, dont on pouvait apprécier le volume, non avec la sonde, cela était impossible, mais en plaçant un doigt dans l'anus et une main sur l'hypogastre. Je déclarai au malade que le broiement ne pouvait rien pour lui et je repartis immédiatement pour Paris. Huit jours après, M. Gensoul pratiqua la taille recto-vésicale, et après de long efforts parvint à rompre la pierre et à extraire ses fragmens, elle pesait 10 onces et demie. Le malade mourut d'une inflammation pelvienne.

Les chirurgiens lithotomistes, appréciant d'une manière approximative le volume de la pierre, au moyen des signes dont nous venons de parler tout-à-l'heure, ne paraissent pas s'être attachés à la mesurer avec exactitude, du moins on ne trouve point de procédé indiqué par eux pour obtenir cette notion avec la sonde. La découverte de la lithotritie en fit sentir davantage le besoin, et l'on songea d'abord à se servir de la pince lithotribe elle-même pour apprécier la grosseur de la pierre. J'ai déjà exprimé ma façon de penser au sujet de la pince à trois branches employée comme moyen d'exploration. Cet instrument, pour un grand nombre de raison, ne peut servir à mesurer la pierre, ses branches étant élastiques, leur écartement varie en raison de la traction que l'on exerce sur elles ; le calcul peut être plus ou moins engagé entre les branches, de telle sorte qu'une petite pierre, par exemple, qui serait saisie par deux branches près du sommet du cône qu'elles représentent pourrait paraître très-volumineuse; tandis qu'une grosse pierre, dont une extrémité seulement serait pincée par les mors, semblerait n'avoir que peu de volume.

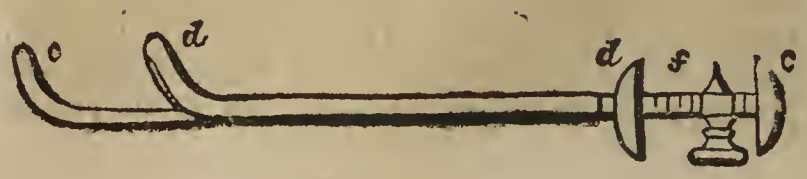
Pour mesurer les calculs vésicaux, j'ai fait exécuter en 1827 un instrument semblable au podomètre des cordonniers (*Voyez* fig. 11 et 12.)

Il est formé de deux branches métalliques. L'une plus courte, *d d*, est un tube recourbé comme une sonde ordinaire, lequel reçoit dans sa cavité l'autre branche plus longue *c c*.

L'on voit fig. 12, le *lithomètre* fermé, prêt à être introduit dans la vessie. Lorsqu'il est arrivé dans cet organe, on pousse la branche *c c* jusqu'à ce qu'elle atteigne l'extrémité la plus éloignée du calcul. L'écartement des deux portions de l'instrument est indiqué par une échelle graduée que l'on voit sur le bout extérieur de la tige *c*. L'on obtient ainsi d'une manière exacte les dimensions de l'un des diamètres de la pierre. Pour apprécier avec le même instrument le diamètre transversal, je m'y prenais d'autre sorte, et c'est à cet usage qu'est destinée l'aiguille portée par la branche *c;* mais comme cette seconde appréciation était inexacte, je ne m'arrêterai point à décrire le procédé que j'employais pour l'obtenir. Ce procédé, ainsi que les dessins représentant le *lithomètre* et ses divers usages, se trouvent dans le tom. 109 du *Journal général de médecine*, 1829. L'instrument lui-même est déposé au cabinet de l'École.

Le diamètre antéro-postérieur actuel du calcul étant donc le seul que l'on puisse mesurer avec exactitude au moyen du lithomètre qui vient d'être décrit et représenté, je ne tardai pas à reconnaître que l'on peut arriver au même résultat avec la sonde exploratrice que j'ai décrite dans la première partie de ce mémoire, et par une manœuvre extrêmement simple. Je plaçai sur le corps de cette *sonde lithomètre* un coulant ou curseur glissant à frottement. (V. *d*, fig. 13.) La pierre étant rencontrée, l'on enfonce la sonde jusqu'à ce que le bec soit parvenu à l'extrémité la plus éloignée de la pierre ; tenant la verge tendue, l'on pousse le curseur jusqu'à ce qu'il soit en contact avec le méat urinaire. Ramenant alors doucement la sonde en avant, l'on frappe la pierre à petits coups jusqu'à ce que le bec soit arrivé à l'extrémité antérieure de ce corps. L'intervalle qui existe en ce moment entre le curseur et le méat urinaire représente exactement le diamètre antéro-postérieur. Ainsi, dans la figure, lorsque le bec de la sonde touche en *d* l'extrémité la plus éloignée du calcul, le méat urinaire répond au point *d* indiqué par le curseur; lorsqu'ensuite la sonde est ramenée à l'extrémité antérieure, l'orifice de l'urètre répond à la marque *l*, et l'intervalle entre le curseur et cette marque représente celui des diamètres de la pierre qui s'offre actuellement d'avant en arrière. Pour cette exploration, une rondelle de cuir, un cordon ou un fil peuvent remplacer la curseur métallique. La vessie ne doit contenir qu'une petite quantité de liquide, afin que la pierre ne soit pas trop mobile. Pour apprécier le diamètre transversal, on élève le pavillon de la sonde de manière à toucher le calcul avec la convexité de la courbure, l'on incline l'instrument et on le porte de l'une à l'autre des extrémités du diamètre transversal. Le trajet que parcourt le pavillon dans ce mouvement indique approximativement ce diamètre. Ainsi, lorsque le mouvement du pavillon est de deux pouces, la pierre a un pouce de diamètre à peu près. L'étendue de ce mouvement est ordinairement double du diamètre du calcul.

Fig. 11.

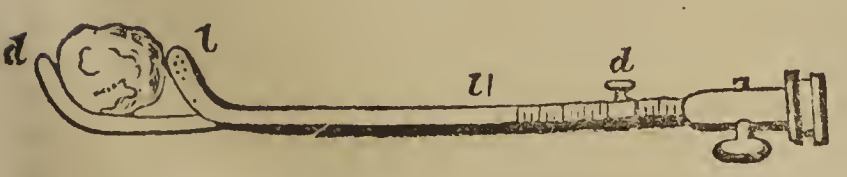


De nombreuses objections m'ont été faites sur l'exactitude rigoureuse de la mesure obtenue ainsi. Il me paraît inutile de les discuter lorsqu'il est si facile de répéter l'expérience. Je puis dire qu'il m'est arrivé maintes fois sur le cadavre d'apprécier avec la sonde le diamètre antéro-postérieur des calculs plus exactement que d'autres personnes qui pouvaient en juger par leurs yeux; et plusieurs fois sur le vivant, j'ai annoncé à une demi-ligne ou une ligne près, le volume de pierres qui ont été extraites par la taille. Cela plusieurs fois a eu lieu à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et aux Invalides. J'avais été appelé par M. Ivan, alors chirurgien en chef de l'hôtel, pour examiner si la lithotripsie ne serait pas praticable sur un officier atteint de la pierre; j'annonçai que ce corps avait 27 lignes dans l'un de ses diamètres, et j'ajoutai que je ne croyais pas que l'on pût songer au broiement. La taille bilatérale fut pratiquée avec un plein succès par M. Pasquier fils, et l'on fit l'extraction d'un calcul ayant exactement le volume indiqué.

Le volume de la pierre n'est pas un obstacle absolu à la lithotripsie. Les calculs les plus volumineux pourraient être détruits par cette opération si la capacité des vessies qui les renferment permettait de développer assez les instrumens pour les saisir; mais il n'en est pas ainsi. Les plus gros calculs se trouvent pour l'ordinaire dans les vessies les plus petites, les plus contractées et les plus malades. Pourtant chez quelques calculeux la pierre séjourne plusieurs années et acquiert un volume considérable sans déterminer une altération profonde de la poche urinaire. Si la sensibilité et la contraction de cet organe ne sont point portées trop loin et permettent de développer assez les instrumens pour embrasser le calcul et agir pendant un temps assez long pour l'attaquer d'une manière profitable, le corps étranger, malgré son volume, pourra être détruit par le broiement. M. Heurteloup et M. Civiale ont rapporté des exemples de malades porteurs de calculs volumineux et qui ont été opérés avec succès; je puis citer également plusieurs guérisons de ce genre; je me contenterai de relater les cas les plus remarquables par la grosseur des calculs.

Fig. 12.

Fig. 13.



Obs. IV. — Au mois de novembre 1829, je me rendis à Vannes pour sonder M. Jolivet, député, qui, avant d'entreprendre le voyage de Paris pour se soumettre à l'opération du broiement, désirait savoir si cette opération lui était applicable. Je trouvai une pierre du volume d'un œuf de dinde contenue dans une vessie hypertrophiée, et j'appris que l'existence de ce corps étranger avait été constatée par M. le professeur Dubois dès l'année 1817, c'est-à-dire qu'il existait déjà depuis une quinzaine d'années. Je déclarai qu'il était entièrement impossible de tenter la lithotripsie et je partis pour Lorient. Là je fus consulté par un officier retraité, M. Muller qui, depuis six à sept ans, éprouvait de la difficulté et des douleurs en urinant; je constatai dans sa vessie la présence d'un calcul, mais ne pensant pas avoir à opérer, je ne cherchai pas à en apprécier le volume. Cependant peu de mois après, M. Muller vint à Paris pour se soumettre à la lithotripsie. Je le sondai alors avec plus d'attention et je trouvai que sa pierre avait 24 à 26 lignes dans un de ses diamètres, qu'elle était arrondie et rugueuse à sa surface. M. Souberbielle, présent à la première séance, estima qu'elle était du volume d'un œuf de poule, et m'exprima ses doutes sur la réussite de l'opération; j'aurais bien voulu moi-même ne pas l'entreprendre, car je prévoyais qu'elle serait nécessairement longue et pénible, mais le malade avait fait un long voyage avec l'idée bien arrêtée de ne se soumettre qu'au broiement. La vessie d'ailleurs peu contractée, distensible, permettait de développer assez l'instrument pour saisir la pierre; je résolus donc de tenter la lithotripsie. La pierre saisie avec la pince à trois branches fut attaquée avec le forêt à ailes et grugée d'avant en arrière; mais après deux séances faites de la sorte voyant que la destruction du calcul ne se faisait que lentement, car il était fort dur et la vessie ne pouvait supporter que pendant quatre minutes au plus le contact des instrumens, je me servis du développement des ailes du foret pour faire éclater la pierre et la mettre en morceaux; les fragmens furent tantôt brisés par éclatement lorsqu'ils étaient volumineux, tantôt écrasés lorsque leur grosseur était moindre. Je n'ai retrouvé ni dans mes notes, ni dans mon souvenir le nombre précis des séances que j'employai à détruire ce volumineux calcul, mais il se monta à trente environ. Depuis trois ans, M. Muller est retourné à Lorient et n'a plus éprouvé aucun signe de pierre.

Obs. III — Un des calculs les plus volumineux que je sois parvenu à détruire par le broiement après celui dont je viens de parler, existait dans la vessie de M. Alexis, rue Menars. Il avait de 18 à 20 lignes dans un de ses diamètres, était dur et chagriné à sa surface. Ce calcul avait dû rester dans la vessie pendant quelque temps sans manifester sa présence, ce qui s'observe assez souvent dans le principe ou bien il avait dû se développer rapidement, car le malade ne faisait remonter qu'à 18 mois environ le commencement de ses souffrances.

La vessie pouvait contenir quatre onces de liquide; elle était souple, et la sonde portée vers le sacrum, puis ramenée vers le pubis, avait près de trois pouces de course. L'opération paraissait donc devoir être facile malgré la grosseur de la pierre et je n'hésitai pas à l'entreprendre. Le calcul fut saisi avec la pince à trois branches, attaqué avec le foret à développement, et mis en morceaux par éclatement dès la première perforation. Dix séances furent employées à débarrasser la vessie; plusieurs médecins parmi lesquels M. Ra-

ont vu opérer ce malade dont la santé depuis 1831 a été excellente.

Obs. IV. — M. Cordier, imprimeur à Paris, portait aussi une pierre d'un volume assez considérable dans sa vessie, qui, de plus, était affectée d'un catarrhe très-intense. M. Heurteloup rapporte l'histoire de ce malade de la manière suivante dans son ouvrage intitulé : *Principles of lithotriti*, p. 418. « Je fis usage du *perce-pierre* (c'est ainsi que M. Heurteloup nomme ma pince à trois branches avec le foret simple) de M. Civiale, supposant le calcul large de dix lignes; mais après l'avoir saisi et perforé trois ou quatre fois, je trouvai qu'il était beaucoup plus volumineux que je ne l'avais cru; car, après cinq séances dans chacune desquelles j'avais à plusieurs reprises saisi et perforé le calcul, il était encore entier. A cette époque je quittai Paris pour aller habiter Londres, et je laissai le malade aux soins de mon collègue, M. Leroi d'Étiolles. »

Après le départ de M. Heurteloup, je fis encore onze applications, toutes fructueuses, de la pince à trois branches avec le foret simple, pour obtenir la guérison complète de M. Cordier. Elles eurent lieu en présence de M. Barbette, son médecin.

Si, dans les circonstances qui viennent d'être mentionnées, et dans la première surtout, l'opération du broiement a été suivie de succès, cela tenait à ce que la vessie n'était pas hypertrophiée; car mieux vaut pour cette méthode une grosse pierre dans une vessie ample et distensible, qu'une pierre moyenne dans une vessie excessivement irritable et contractile.

Reste maintenant à déterminer s'il convient mieux de faire un grand nombre de séances de lithotritie pour détruire une pierre volumineuse, que de l'extraire par la taille; si les chances dangereuses résultant de ces applications tant de fois répétées ne sont pas égales à celles de la lithotomie; si la somme de douleurs qu'elles occasionnent ne dépasse pas la souffrance vive, mais passagère, qui accompagne l'emploi de l'instrument tranchant. Il me paraît difficile de répondre à cette question d'une manière absolue; car, à mes yeux, aujourd'hui *le point le plus délicat en lithotripsie est, dans ces cas douteux, de déterminer où finit le domaine du broiement, où commence celui de la taille.* L'application souvent, et un grand nombre de fois renouvelée, des instrumens lithotribes, n'est pas par elle-même dangereuse. En effet, dans les opérations qui nécessitent, à cause du volume de la pierre, sept, huit séances, ou même davantage, on voit, à mesure que la masse de la pierre diminue, la sensibilité de la vessie devenir moins vive, les envies d'uriner s'éloigner, l'urine s'éclaircir et l'état général s'améliorer; la vessie s'habitue au contact des instrumens et n'en éprouve aucune impression fâcheuse. L'ébranlement que cette opération fait éprouver à l'économie, loin d'augmenter, ainsi qu'on pourrait le craindre avec le nombre des opérations, va ordinairement en diminuant. Ainsi, il n'est pas rare de voir un accès de fièvre être le résultat de la première séance, et ne plus se reproduire dans celles qui suivent.

Nous devons ajouter que le procédé de l'écrasement par pression et surtout par percussion en rendant plus rapide la destruction de la pierre a élargi le domaine de la lithotripsie, dont l'éclatement avait déjà reculé les limites; le procédé primitif des perforations successives dont M. Civiale persiste à faire usage n'est plus au niveau de la science et ne saurait soutenir de comparaison. Cette opinion ne peut être soupçonnée de partialité puisque j'ai eu beaucoup plus de part à l'invention du procédé des perforations qui le premier a rendu le broiement applicable à l'homme que je n'en ai eu à l'invention du procédé de l'écrasement.

La nécessité d'un nombre assez grand d'applications n'est donc pas suffisante pour empêcher de tenter la lithotripsie. Ce n'est que d'après un ensemble de considérations basées sur le volume de la pierre, l'état de la vessie, l'âge et la santé générale du malade, que cette détermination peut être prise.

La forme des calculs n'est pas sans influence sur le succès de l'opération du broiement. Les trois quarts sont ovoïdes et légèrement aplatis sur deux de leurs faces. L'acide urique les compose pour l'ordinaire quand ils affectent cette forme. Cependant, cette espèce de concrétion est quelquefois tout-à-fait plate. Les calculs formés par l'oxalate de chaux sont arrondis et mamelonnés. Enfin, les calculs dont les phosphates de chaux, d'ammoniaque et de magnésie forment la base, sont irrégulièrement sphériques.

La mesure des deux diamètres longitudinal et transversal de la pierre peut bien, jusqu'à un certain point, en indiquer la forme, mais non d'une manière bien précise.

Je ne saurais vraiment tracer pour cela de règle précise; car, suivre avec le bec de la sonde le contour d'une pierre n'est pas toujours chose facile, et ne suffit pas pour en déterminer la figure. Ce n'est que par l'habitude du cathétérisme et une grande attention que l'on peut y parvenir.

Les pierres très-aplaties sont les plus défavorables à la lithotripsie; comme elles reposent sur leur partie plate, la pince à trois branches ne les saisit que très-difficilement pour peu que leur diamètre soit étendu.

Cette difficulté peut même devenir un obstacle insurmontable avec cet instrument. J'en citerai deux exemples : l'un extrait de l'ouvrage de M. Civiale, l'autre pris dans ma pratique.

Obs. VI. — M. Leblanc-Lavalière, âgé de 40 ans, avait la pierre depuis plusieurs années; il ne se détermina à se faire opérer que lorsque les souffrances devinrent excessives. La pierre, déjà volumineuse, avait produit quelques désordres locaux et même généraux. Les urines, expulsées fréquemment et avec beaucoup de douleur, contenaient des mucosités abondantes. Ces circonstances ne permettaient pas de compter sur la lithotritie. L'effroi que la cystotomie causait au malade m'engagea cependant à faire quelques essais. Je parvins à saisir la pierre avec un instrument de trois lignes et demie; mais j'eus alors la certitude que l'opération serait longue, d'autant plus que la pierre *qui était aplatie, m'avait échappé plusieurs fois.* Je conseillai à M. Leblanc d'avoir recours à l'opération de la taille par le haut appareil. Le chirurgien qui fit cette opération crut que la cystotomie périnéale était préférable. Le pierre ne fut extraite qu'avec difficulté. Le malade mourut au bout de trois jours. »

(*De la lithotritie, introd.*, page., xxxi.)

Obs. VII. — M. Garmier, jurisconsulte à Lyon, souffrait depuis plusieurs années, lorsqu'il se fit sonder par M. Bouchet, qui découvrit une pierre, et engagea le malade à se confier à mes soins. La vessie de M. Garmier, lorsque je l'observai au mois de février 1830, était hypertrophiée. Cependant elle pouvait contenir un peu plus d'un demi-verre d'urine, et le besoin de rendre ce liquide ne se faisait sentir que d'heure en heure. La prostate était tuméfiée. Je ne rencontrai qu'une pierre avec la sonde; elle me parut plate et avoir seize à dix-sept lignes de diamètre. Bien que la largeur et la forme de ce corps fussent des circonstances défavorables, je crus qu'il était possible de surmonter les difficultés qui en résultaient. Dans une première séance faite avec la pince à trois branches et un foret à ailes articulées, la pierre fut saisie sans tâtonnement et attaquée avec les ailes déployées de manière à la gruger d'avant en arrière; mais comme la pierre présentait son bord mince, les ailes accrochaient ce bord et le foret ne pouvait tourner. Je rentrai donc les ailes et je me contentai de pratiquer une simple perforation. Je tâchai ensuite le calcul, et comme le malade était fatigué, j'en restai là pour cette fois. Quelques jours après, je voulus faire une seconde séance, mais la vessie se contractait avec une telle force qu'à peine l'instrument ayant été ouvert, le liquide de l'injection fut expulsé entre le canal et la gaîne de la pince qui, serrée par la vessie, ne pouvait se mouvoir et saisir la pierre. Je laissai un moment l'instrument immobile, puis lorsque la violence de la contraction vésicale fut un peu calmée, je fermai la pince et la retirai, prévoyant dès cet instant que la lithotritie serait impraticable. Après cette tentative, les envies d'uriner devinrent très-fréquentes, et accompagnées d'excessives douleurs; mais sans fièvre ni sensibilité à la pression dans la région hypogastrique.

J'ai vu plusieurs fois survenir ces symptômes, et ils sont pour moi l'indice d'une inflammation du col de la vessie. Ni les évacuations sanguines, ni les opiacés, ne purent calmer ces douleurs, qui cessèrent d'elles-mêmes au bout de dix à douze jours.

M. Garmier fut taillé deux mois après par M. Bouchet, qui fit l'extraction de deux pierres plates. La plus grande présentait sur son bord un trou profond. Le malade mourut huit jours après l'opération de la taille.

Les pierres très-plates peuvent cependant être saisie même par la pince à trois branches bien qu'elle ne soit pas l'instrument convenable à cette forme, c'est ce que prouve le fait suivant :

Obs. VIII. — M. Pelicier, depuis quelques années, éprouvait des douleurs de vessie qui, par intervalles et pendant un espace de temps assez long, disparaissaient complètement; M. Civiale ayant pratiqué le catéthérisme, déclara rencontrer une pierre, et fit, en présence de MM. les docteurs Borel et Forget, une application de la pince à trois branches. (Je m'abstiens, dans cet article, d'entrer dans aucun détail au sujet de cette application.) M. Pelicier fut quelque temps sans souffrir, puis ses douleurs reparurent; il vint me consulter au mois de novembre dernier, et je le sondai sans trouver de pierre. Au mois de mai, j'explorai de nouveau la vessie, et je sentis une pierre plate située constamment dans la portion gauche de l'organe. C'était le cas de faire usage du percuteur courbe de M. Heurteloup; mais je n'en avais pas dans ce moment dont la constriction me satisfît; et comme il tardait au malade d'être débarrassé, j'employai la pince à trois branches avec le foret à développement, et j'eus recours, pour saisir la pierre, à la manœuvre suivante : Après avoir introduit et ouvert la pince, le malade étant couché sur le dos, je dirigeai un intervalle des branches vers le côté gauche de la vessie, puis je fis tourner le malade sur le côté droit : dans ce mouvement la pierre vint d'elle-même tomber dans la pince; elle fut attaquée et brisée par éclatement; deux séances avec le brise-pierre articulé de M. Jacobson en achevèrent la destruction; d'après l'appréciation faite avant l'opération et l'aspect des fragmens j'ai pu juger que cette pierre avait douze à quatorze lignes de diamètre et seulement trois à quatre lignes d'épaisseur : l'opération eut lieu en présence de MM. Bordel, et Fdorgdet Colomb, etc.

Le percuteur courbe de M. Heurteloup me semble préférable, dans le cas de pierres plates, à tous les instrumens imaginés jusqu'ici; je veux parler du percuteur courbe à marteau, sur l'examen et l'emploi duquel nous aurons l'occasion de revenir, et dont nous donnerons la figure; mais on peut, en jetant les yeux sur la fig. 11, qui représente mon lithomètre, concevoir dès à présent qu'en élevant fortement le bassin du malade, déplaçant par cette manœuvre le calcul de dessous le col de la vessie, engageant la branche *c* sous ce corps, et rapprochant la branche *d*, il sera saisi sur le plat et de la manière la plus favorable à sa destruction. Maintenant, que l'on suppose les côtés en regard des branches *c d* garnis de dents et que l'on frappe sur l'extrémité extra-vésicale *c*, le rapprochement brusque des deux portions de l'instrument partagera la pierre en deux parties. Le rapprochement des deux portions de ce brise-pierre à coulisses peut être aussi opéré par une vis de pression, comme on le voit dans les modifications de MM. Tousez, S. Henry, Clot-Bey, Amussat. Nous reviendrons sur cette modification et la sous-modification de M. Ségalas, lorsque, dans un prochain mémoire, nous comparerons l'action des divers instrumens de lithotripsie.

VARIÉTÉS.

—

DE L'OPHTHALMIE NERVEUSE.

Un cas curieux d'ophthalmie qui s'est offert à la clinique de M. Lisfranc a donné lieu à des considérations du plus haut intérêt pour la thérapeutique. Rappelons d'abord brièvement l'observation.

Obs. — Il s'agit d'un homme couché au n° 15 de la salle Saint-Louis, présentant les symptômes suivans : Larmoiement très-considérable; sensibilité extrême de l'œil, sans que rien indiquât cependant une inflammation intérieure de cet organe; les paupières obstinément fermées, et quand il les ouvrait, douleur telle

qu'il lui semblait, disait-il, *qu'on lui enfonçait des pointes de clous dans les yeux.* La conjonctive était à peine rouge, nullement tuméfiée. On saigna plusieurs fois le malade; on appliqua des sangsues à divers reprises; on mit des vésicatoires derrière les oreilles; on tenta les révulsifs sur le canal intestinal : l'ophthalmie persistait avec le même appareil de symptômes et de douleurs. M. Lisfranc fut conduit à penser qu'elle n'était pas inflammatoire, mais nerveuse. Cessant donc toute médication antiphlogistique, directe ou indirecte, il fit pratiquer tous les soirs, sur les paupières et dans leur intervalle, des frictions légères avec *un quart de gros* d'extrait de belladone, délayé dans très-peu d'eau. Dès le second jour, amélioration; le troisième, les paupières s'ouvrent; la rougeur de la conjonctive a disparu. La guérison, ainsi obtenue, se soutient plusieurs jours; puis le malade sort, s'expose au froid, se livre à des excès de table; il rentre avec une véritable ophthalmie inflammatoire de l'œil droit, bien distincte par la rougeur et la tuméfaction de la première ophthalmie, et pour laquelle il a été retenu quelque temps à l'hôpital.

M. Lisfranc a rappelé à ce sujet que, dès 1825, à côté des ophthalmies inflammatoires, les seules alors généralement admises, il avait reconnu des ophthalmies nerveuses différant des autres par les symptômes, mais plus encore par les indications thérapeutiques. L'affection dont nous venons de donner l'histoire lui paraît une ophthalmie nerveuse, les douleurs vives sans afflux notable du sang, l'échec des moyens antiphlogistiques, le succès rapide des stupéfians lui paraissent autant de preuves de cette opinion. Il conclut de là aux autres affections, soit internes, soit externes; de même qu'il est des gastrites inflammatoires, il peut très-bien exister des gastrites nerveuses ou gastralgies qui résisteront aux sangsues, qui céderont aux agens qui calment spécialement le système nerveux. J'ai vu, dit-il, des urétrites aiguës, extrêmement douloureuses, résister aux saignées générales, aux sangues, aux excitans spéciaux commandés dans ses affections, et disparaître en peu de jours sous l'influence des applications de belladone. Il importe donc, après avoir reconnu une maladie, de déterminer sa nature pour modifier le traitement suivant les cas.

Nous consignons ici avec empressement ces remarques d'un observateur aussi justement renommé. Déjà des idées presque semblables se sont fait jour dans d'autres cliniques non moins retentissantes. Il se révèle dans la chirurgie un mouvement qui tend à mieux apprécier tous les phénomènes, et comme on l'a dit, les *élémens* des maladies, à combattre l'élément qui prédomine, sans faire abstraction des autres; en un mot à mieux préciser les indications, à varier et à assurer l'effet des moyens. Nous aurons, sans doute, prochainement occasion de revenir sur ce sujet.

—

GAZETTE DU 10.

THÉRAPEUTIQUE.

—

NOUVELLES OBSERVATIONS

SUR L'EMPLOI DE LA SALICINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES;

Recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Andral, et communiquées

Par M. Seure.

On conçoit difficilement qu'en face des faits nombreux qui mettent hors de doute les propriétés éminemment fébrifuges de la salicine, quelques médecins mettent encore en doute l'efficacité d'un médicament aussi précieux. Ceux qui nient les faits les plus authentiques prétendent que la guérison qui survient en même temps qu'on fait usage de la salicine, n'est qu'un simple résultat de coïncidence, et que toutes les fois que ce médicament a été administré, déjà les accès ne devaient plus reparaître. On a fait les mêmes objections contre l'emploi du sulfate de quinine, à l'époque où ce médicament fut proposé. L'expérience les a bientôt réduites à l'impuissance; il en arrivera probablement de même à l'égard de la salicine.

Plusieurs médecins pensent que la salicine ne produit son effet qu'autant qu'elle est portée jusqu'à la dose de 50 à 60 grains. M. le professeur Andral s'est assuré, par de nombreuses expériences, qu'il n'est pas nécessaire d'élever les doses à ce point. Cet habile médecin dépasse rarement la dose de 20 à 25 grains, souvent même il ne va pas au-delà de 8 à 12 grains avant l'accès. Voici quelques nouveaux faits qui justifient les avantages de cette pratique.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA SALICINE.

Obs. I. — Au n° 10 de la salle Saint-Léon entra, le 6 mai 1833, un jeune homme de 21 ans, sujet à des palpitations depuis 6 ans. Il s'était bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans. En 1830, il partit pour l'expédition d'Alger, où il demeura 2 ans et demi. Il reçut dans un engagement une balle à la cuisse gauche. Pendant son séjour en Afrique, il coucha souvent sur la terre et but de l'eau de citerne. Six mois après son arrivée, il fut pris d'une fièvre intermittente quotidienne qui se passa plusieurs fois sous l'influence du sulfate de quinine, mais qui cependant persista jusqu'au moment de son départ, qui eut lieu dans le courant de février 1833. Pendant la traversée, et depuis son retour en France, cet individu n'éprouva aucun symptôme fébrile, seulement il resta faible et sa peau conserva une teinte jaune-pâle très-prononcée. Cependant, le 28 avril, sans cause appréciable, il fut pris, à 10 heures du soir, d'un accès de fièvre qui débuta par un violent mal de tête, auquel se joignirent bientôt des bâillemens et des pandiculations; peu de temps après le frisson se ma-

nifesta ; il fut remplacé, après un quart-d'heure de durée, par une forte chaleur, à laquelle succéda une sueur abondante. Ces phénomènes se présentèrent tous les jours à la même heure, augmentant chaque fois d'intensité, jusqu'au 6 mai, jour de l'entrée du malade.

Examiné le 7 mai, à 8 heures et demie du matin, le malade fut trouvé sans fièvre. Il dit avoir eu la veille un accès aussi fort que le précédent ; pas de céphalalgie ; langue humide, blanchâtre ; appétit ; ventre souple, indolent ; une selle chaque jour : la rate ne dépassait pas le rebord costal, quoiqu'une douleur assez vive se fît sentir, pendant quelques accès, au niveau des dernières côtes gauches, au point qu'occupe cet organe ; toux légère depuis cinq jours, pas de dyspnée, respiration pure ; battemens du cœur un peu éclatans ; 76 pulsations et 18 respirations. (Orge édulcoré, potion gommeuse, le quart d'alimens.) Retour de l'accès à 10 heures du soir. Le 8 et le 9 la fièvre continua sans rien perdre de sa force. Même prescription. Le 10, au matin, 8 grains de salicine furent administrés en deux doses et à une heure d'intervalle. A minuit, léger frisson de quelques minutes, suivi de chaleur et d'une sueur beaucoup moins abondante que les jours précédens ; diminution de la douleur de la rate. Dans la matinée du 11, le malade prit 12 grains de salicine ; frisson à peine sensible à 11 heures du soir ; pas de chaleur ni de sueur ; sommeil ordinaire. Le 12, même prescription. Absence complète du frisson ; pas de sueur ; disparition de la douleur. Le malade continua à prendre six grains de salicine par jour, et de plus une pilule d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium, dans le but de le faire dormir (il avait de l'agitation depuis deux jours pendant la nuit). Le 16, le sommeil s'étant rétabli, l'appétit ordinaire, et la convalescence terminée, le malade fut mis à la demie d'alimens. Il sortit de l'hôpital le 17 mai.

Est-ce la salicine qui a fait cesser la fièvre dans ce cas? Il est impossible de le contester. Les accès revenaient chaque soir, exactement à la même heure ; leur intensité allait en augmentant à mesure qu'ils se répétaient ; pendant trois jours ils reparurent escortés des mêmes accidens, malgré le repos et le régime. Il faut bien convenir que la salicine ne resta pas sans action, puisque le premier jour de son emploi les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur diminuèrent notablement de force et de durée ; et que le troisième jour ces phénomènes disparurent complètement. Une autre remarque non moins favorable à la salicine, c'est que chez le sujet dont il s'agit la fièvre existait depuis deux ans, pendant lesquels elle fut coupée plusieurs fois. On sait que dans ces cas de récidives fréquentes, les accès offrent beaucoup plus de résistance aux moyens qu'on leur oppose.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE. — DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRABLE DE LA RATE SANS DOULEUR. — EMPLOI DE LA SALICINE. — GUÉRISON.

Obs. II. — Un couverturier, âgé de 26 ans, entra le 8 mai 1833 à la Pitié, et fut couché au n° 16 de la salle Saint-Léon. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, était à Paris depuis deux mois ; il revenait d'Alger, où il passa deux ans et demi. Il y fut atteint d'une fièvre intermittente qui d'abord revêtit le type de tierce et qui après se montra tous les jours. Dans l'espace de quatre mois et demi, cette fièvre disparut à plusieurs reprises sous l'influence du sulfate de quinine ; mais c'était pour revenir peu de temps après. Elle fut coupée pour la dernière fois le 8 janvier 1833, époque à laquelle le malade s'embarqua pour se rendre en France. Après cinq mois d'absence, elle se manifesta de nouveau le 4 mai dernier ; le frisson parut à une heure après midi ; la chaleur vint ensuite, puis la sueur.

Le 5 mai, l'accès manqua ; mais il reparut le 9 à 11 heures du matin ; le frisson dura trois quarts d'heure, la chaleur 2 heures, et la sueur entre 3 et 4 heures.

Le 7, la fièvre vint à midi aussi forte que la veille.

Le 8, elle retarda d'une heure ; et le 9, elle n'eut lieu qu'à une heure et demie de relevée. Le frisson n'avait pas diminué d'intensité ; mais la chaleur fut moindre et la sueur peu abondante.

Le lendemain matin (8 heures), le malade était dans l'état suivant : Langue blanchâtre, humide ; peu d'appétit ; pas de soif, hors le temps de l'accès ; rate très-volumineuse, dépassant de trois travers de doigt le rebord des côtes, remontant aussi fort haut du côté de la poitrine (ce qui fut reconnu par la percussion), et n'ayant jamais été le siége d'aucune douleur ; selles naturelles ; ventre assez développé, indolent ; toux légère ; respiration pure, à 16 mouvemens par minute ; pouls de force ordinaire, battant 64 fois dans le même temps. (Limonade édulcorée ; 8 grains de salicine en 2 paquets, à prendre à 9 et à 10 heures du matin ; diète.) A 11 heures et demie, frisson d'environ 40 minutes, accompagné d'une soif vive, précédé de malaise, de bâillemens et de pandiculations, et suivi de chaleur et d'une sueur abondante qui dura jusqu'à 6 heures du soir.

Le 11, la salicine fut encore donnée à 9 et à 10 heures du matin, à la dose de 8 grains. A midi, retour du frisson avec son intensité ordinaire ; la chaleur dura 4 heures et la sueur se prolongea jusqu'au lendemain matin. Le même jour, 6 grains de salicine furent administrés à 9 heures du soir, pendant le stade de sueur, et 6 autres grains le 12, à 5 heures du matin. (Même tisane, diète.) L'accès manqua complètement. Depuis, la fièvre ne reparut plus ; en sorte que le malade put quitter l'hôpital le 17 mai, parfaitement guéri, avec une diminution très-sensible du volume de la rate.

Ici, comme dans le cas précédent, l'accès a cédé, quoique la maladie semblât devoir opposer une grande opiniâtreté en raison de son ancienneté. Sa disparition eût été assurément beaucoup plus rapide si, au lieu de faire prendre la salicine seulement une ou deux heures avant le frisson, elle eût été administrée dès le commencement du traitement à une distance plus éloignée de l'accès. Nous voyons, en effet, qu'immédiatement après cette précaution tous les accidens ont subitement disparu.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE.—DOULEUR VIVE A LA RATE PENDANT LES ACCÈS. — GASTRO-ENTÉRITE LÉGÈRE. — EMPLOI DE LA SALICINE. — GUÉRISON RAPIDE.

Obs. III. — Un fontainier, âgé de 20 ans, entra

le 31 mai à l'hôpital de la Pitié et fut placé au n° 6 de la salle Saint-Léon. Il était revenu d'Alger depuis 2 mois et demi. Son séjour en Afrique dura 2 ans. Il éprouva pendant ces deux années des fièvres d'accès qui revenaient par intervalles et qui furent combattues tour-à-tour par les préparations de quinquina, les émissions sanguines et la ligature des membres thoraciques. Indépendamment de ces fièvres, il eut la dyssenterie pendant 10 à 12 jours; il vit ses accès continuer à paraître pendant la traversée, et après son retour à Paris, le frisson était souvent annoncé par des crampes aux jambes, et accompagné de légères coliques autour de l'ombilic. Les jambes s'enflèrent pendant la dernière fièvre qui eut lieu à Paris. Il y avait environ 15 jours que celle-ci avait cessé, lorsqu'elle revint de nouveau le 25 mai 1833; elle reparut constamment tous les jours, précédée de crampes légères dans les membres inférieurs, jusqu'à l'époque de l'entrée du malade; le frisson se montrait régulièrement à 11 heures du matin; il durait 2 heures; la chaleur venait après, puis une sueur qui se prolongeait, abondante, toute la nuit. Une douleur vive à la rate se faisait sentir pendant le frisson; elle persistait, mais moins forte, pendant la chaleur et la sueur. Quelques vomissemens avaient lieu depuis 4 jours pendant le stade du froid. Voici l'état du malade le 1er juin, à 8 heures du matin.

Le stade de sueur était à sa fin; céphalalgie habituelle; langue un peu rouge et collante; anorexie; soif vive; coliques légères; épigastre légèrement douloureux à la pression; constipation; peau en moiteur; pouls assez fort, battant 92 fois par minute; toux légère seulement pendant la sueur; 24 respirations par minute; la rate ne dépassait pas les fausses côtes; son mat dans une grande étendue, sur la partie latérale gauche inférieure de la poitrine. (Orge édulcoré; potion gommeuse; lavement; diète.) A 10 heures et demie, le frisson revint précédé de quelques crampes dans les mollets, et se prolongea jusqu'à midi sans nausées; la chaleur fut très-forte, la sueur très-copieuse, la douleur du côté gauche reparut pendant l'accès; la céphalalgie fut intense tout la nuit; il n'y eut pas de sommeil.

Le 2 juin, à 9 heures du matin, la face présentait une teinte jaune peu marquée; l'hypocondre droit était le siège d'une douleur qui s'étendait à l'épigastre; pas de céphalalgie; langue un peu jaune; bouche amère. (Même prescription.) Retour de la fièvre à la même heure.

Même état le 3 juin; fièvre à 10 heures et demie. (20 grains de salicine en 2 paquets, dont le premier à 7 et le second à 9 heures du soir.)

Le 4, léger sentiment de froid à l'heure habituelle de l'accès; pas de chaleur ni de sueur; diminution de la douleur de la rate; une selle. (Par oubli, la salicine ne fut pas ordonnée ce jour-là.)

Le 5, disparition de la douleur de l'hypocondre droit et de l'épigastre; pas de céphalalgie; face moins jaune; langue blanche, humide; absence complète de frisson. (12 grains de salicine à 7 et à 9 heures du soir; 2 soupes.)

Le 6, continuation du mieux. (12 grains de salicine.)

Le 7, le 8 et le 9, même état; le malade fut mis à la demie. Il sortit bien guéri le 10, n'éprouvant aucune douleur à la région splénique.

Ce cas donne lieu aux mêmes réflexions que les précédens; il est remarquable par la longue durée des fièvres antérieures et par la persistance des accès à reparaître peu de temps après l'emploi des fébrifuges. C'est assurément l'un des faits qui constatent le mieux la puissance de la salicine. On voit que ce médicament n'a été donné qu'après trois jours de repos et d'une diète absolue, et qu'une seule dose de 20 grains a suffi pour s'opposer au retour des accès, ce qui est prouvé par la suppression brusque des accidens, quoique la salicine n'eût pas été administrée dans la soirée du 4 juin. Nous avons encore à faire observer que les différentes douleurs qui siégeaient au niveau des dernières fausses côtes gauches, dans l'hypocondre droit et à l'épigastre, se sont rapidement dissipées après la disparition de la fièvre, et que les fonctions digestives n'ont pas tardé à reprendre le cours normal de leurs fonctions.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE. — DOULEUR AIGUE A LA RÉGION DE LA RATE. — EMPLOI DE LA SALICINE. — GUÉRISON PROMPTE.

Obs. IV. — Au n° 19 de la salle St-Thomas entra, le 30 mai 1833, une ancienne cantinière, âgée de 38 ans. Cette femme avait perdu accidentellement l'œil gauche trois ans auparavant. Depuis, elle était sujette à de fréquens maux de tête; elle s'enrhumait facilement, elle n'avait jamais eu d'hémoptysie; elle était de retour d'Alger depuis le mois de mars. En juillet 1831, elle fut atteinte, en Afrique, d'une fièvre intermittente tierce qui dura trois mois. En 1832, et à la même époque, elle fut affectée d'une fièvre intermittente quotidienne dont la durée fut de 2 mois. La fièvre se montra pour la troisième fois, mais irrégulièrement, pendant les 15 jours de quarantaine qu'elle fit à Toulon. Cette femme éprouva de grandes fatigues pendant son voyage de Toulon à Paris; elle fut exposée au froid, à la pluie et à la neige. Cependant les premiers 8 jours qui suivirent son arrivée à Paris se passèrent sans qu'elle ressentît aucun malaise; mais après ce temps, elle fut reprise d'une nouvelle fièvre, double quotidienne, accompagnée de douleur au niveau de la partie postérieure et externe des dernières côtes gauches. Cette fièvre fut traitée à la pitié par le sulfate de quinine, et se dissipa après trois semaines de durée. Enfin, la fièvre existait depuis 8 jours, revenant chaque matin sur les 6 heures, lorsque la malade entra dans le service de M. Andral. Le frisson était précédé d'un malaise général, de bâillement et de pandiculations; sa durée était de 2 heures et demie à 3 heures; la chaleur était très-forte, accompagnée d'une violente céphalalgie; la sueur durait environ 8 heures, et se prolongeait fort avant dans la nuit. Des vomissemens avaient lieu pendant le frisson depuis la fièvre de 1831.

Soumise à notre examen le 31 mai, à 9 heures et demie du matin, la malade était au commencement du stade de chaleur; le frisson précédent avait été aussi fort que dans les derniers accès; céphalalgie; teinte jaune de la face; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre; soif vive; anorexie; selles ordinaires; 132 pulsations par minute: peau très-chaude; toux pendant

le frisson ; respiration pure, 36 mouvemens par minute; la rate débordait un peu les fausses côtes gauches; pas de douleur dans ce point. (Limonade édulcorée ; orge; diète.)

Le 1er juin, à 9 heures du matin, céphalalgie intense; agitation; pas de sommeil les nuits précédentes; le frisson, qui avait commencé à l'heure ordinaire, n'était pas encore terminé ; quelques vomissemens; soif très-vive; douleur à la rate; 134 pulsations et 40 respirations. (Orge; limonade; 20 grains de salicine en 2 paquets, dont le premier à 4 heures et le second à 6 heures du soir; diète absolue.)

Six ou sept heures de sommeil dans la nuit du 1er au 2 juin.

Le 2 juin, diminution considérable de la céphalalgie; absence complète de fièvre; pas d'agitation; pas de vomissemens ni de nausées ; anorexie ; pas de soif; pas de selle ; douleur du côté gauche ne se faisant sentir que lors d'une grande inspiration ou du coucher sur le côté ; chaleur de la peau ordinaire; pouls à 102 ; respiration à 22. (20 grains de salicine à prendre comme la veille.)

Le 3, la malade se trouvait très-bien ; à 9 heures du matin le pouls battait 84 fois ; il y avait 20 inspirations ; état normal de la chaleur cutanée ; douleur de la rate à peine sensible : pas de soif; langue blanche, humide; appétit; peu de céphalalgie ; calme parfait; une selle. (Orge ; 2 soupes et 2 bouillons.)

Le 4, continuation du mieux; aucun symptôme de fièvre. La malade voulut sortir.

Dira-t-on que dans ce dernier cas la fièvre se fût terminée d'elle-même, et aussi rapidement, sans le concours de la salicine? Comment pourrait-on le supposer, quand les accès prenaient chaque jour une nouvelle intensité; quand les phénomènes généraux, tels que la céphalalgie, la douleur de la rate, l'insomnie, les vomissemens, etc., etc., devenaient de plus en plus graves; lors même qu'un agitation assez grande était venue compliquer les autres accidens? L'influence de la salicine est d'ailleurs suffisamment constatée, puisque deux jours de repos et d'un diète sévère n'avaient amené aucune amélioration dans l'état de la malade.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

—

MÉMOIRE

SUR LE CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR,

Considéré sous le rapport de l'opération du broiement,

Par M. Leroy d'Étiolles.

(Suite.)

La *densité* des calculs vésicaux est très-variable. Cette différence dépend ordinairement de la matière qui les compose. Ainsi, les calculs formés par l'oxalate de chaux sont pour la plupart extrêmement durs; les calculs d'acide urique et d'urate d'ammoniaque tiennent le second rang pour la densité; enfin, les plus mous sont composés des trois phosphates de chaux, d'ammoniaque et de magnésie. Cependant l'on observe des exceptions assez nombreuses à cette règle pour les deux premières espèces de concrétions. Ainsi, l'oxalate de chaux, le plus communément dense, serré, brunâtre à son intérieur et assez semblable à la section d'une truffe, se cristallise dans quelques cas sous forme de paillettes brillantes, enveloppées d'une couche brune assez friable, recouverte elle-même d'une sorte de croûte blanche : cette espèce de concrétion s'écrase avec facilité; elle existait chez quatre malades que j'ai opérés. Une semblable différence de densité s'observe pour les calculs d'acide urique, formés le plus souvent de couches concentriques qui les font ressembler à la section de l'aubier d'un arbre, ils sont, dans quelques autres circonstances, formés d'une foule de petites granulations semblables à des grains de millet réunis ensemble par du mucus, et s'écrasant avec une extrême facilité sous la pression des tenettes ou de la pince. A quoi tiennent ces différences dans le mode de cristallisation de sels et de substances de même nature? Je ne crois pas que l'on en ait donné la raison. Le son plus ou moins clair qui résulte du choc de la sonde contre la pierre en indique assez bien la densité. Cependant il faut aussi tenir compte de son volume, qui, à dureté égale, rend le son plus grave.

Il semblerait au premier abord que les calculs mous, blanchâtres, friables, doivent être les plus favorables à la lithotripsie; cependant il n'en est rien; presque toujours la diathèse phosphatique est accompagnée d'un catarrhe vésical très-intense et fort souvent d'une rétention d'urine complète ou incomplète, résultant d'une tuméfaction de la totalité ou d'une portion seulement de la prostate. L'altération des mucosités qui séjournent dans le bas-fond de la vessie donne lieu au développement de l'ammoniaque qui, en se déposant, détermine l'accroissement rapide de la pierre. Si l'on parvient au moyen de la lithotripsie à débarrasser la vessie de cette espèce de calcul, et que la rétention incomplète d'urine persiste, une concrétion nouvelle de même nature ne tarde guères à se produire. Les calculs, durs et compacts, formés par l'acide urique de l'oxalate de chaux, ces derniers surtout, sont en général, accompagnés d'une altération beaucoup moins profonde de la vessie, et soit que l'on en fasse l'extraction par la taille, soit qu'on les détruise par la lithotripsie, l'opération offre plus de chances de succès. Lorsque l'on pratique cette dernière, la dureté de la pierre peut bien nécessiter une ou deux séances de plus, mais cela est plus que compensé par l'espoir mieux fondé de guérir.

Cependant la dureté excessive de la pierre a quelquefois empêché de continuer l'opération du broiement; M. Civiale en rapporte plusieurs exemples.

Obs. — Un jeune homme placé dans l'une des salles de M. Lisfranc à la Pitié, avait une pierre volumineuse formée d'oxalate de chaux. M. Civiale fit une tentative de broiement, la pierre fut saisie mais la trituration était très-lente à cause de la dureté excessive : le malade qui avait peu souffert, dit ce chirur-

gien, éprouva un peu d'agitation *quelques instans après ; le lendemain*, il y avait un peu de sensibilité à la région épigastrique, le pouls devint plus fréquent; on eut recours à des sangsues en très-grand nombre et à tous les moyens anthiphlogistiques : ce fut en vain, le *malade mourut quelques jours après.*

A l'ouverture on trouva dans les reins une altération ancienne et assez profonde pour expliquer la mort. Préoccupé de la crainte que, malgré cette circonstance, on pût rapporter à l'opération cette funeste issue, et oubliant qu'il n'y eût point d'intervalle entre l'opération et les symptômes qui furent suivis de la mort, M. Civiale ajoute : « Si j'avais continué mes » tentatives de broiement, le malade serait mort pen- » dant le traitement, ou peu de temps après. » (2e *lettres sur la lithotritie*, pag. 135.)

L'état de la vessie est, comme peut le faire pressentir ce que nous avons dit en parlant du volume de la pierre, d'une importance immense pour la lithotripsie. L'hypertrophie, avec racornissement de cet organe, et son irritabilité, sont l'obstacle le plus fréquent et le plus difficile à vaincre que rencontre la méthode nouvelle.

Lorsqu'une pierre, dont le diamètre dépasse dix-huit lignes, est contenue dans une vessie, dont la sensibilité et la puissance de contraction sont ainsi exagérées, il est bien à craindre que l'opération du broiement ne puisse réussir. Malgré l'attente de la vive douleur qui suit l'émission de l'urine, les malades sont contraints de céder au besoin impérieux d'uriner qui se renouvelle de quart d'heure en quart d'heure, la vessie, habituée à ne contenir qu'une ou deux cuillerées de liquide, repousse l'injection que l'on veut y faire pénétrer pour pouvoir développer les instrumens lithotribes et saisir le calcul ; le malade fait des efforts involontaires et convulsifs jusqu'à ce que tout le liquide soit expulsé. Pendant cette contraction, la sonde, serrée par la poche urinaire, ne peut exécuter aucun mouvement, ou bien elle est chassée dans le canal de l'urètre. Cette réaction de la vessie paraît être sollicitée tantôt par l'injection, tantôt plus particulièrement par la présence de la sonde ou de l'instrument. Chez un certain nombre de malades, la vessie, au bout de quelques instans, fatiguée, pour ainsi dire, de l'énergie qu'elle vient de déployer, se relâche, elle devient plus souple et n'oppose plus, bien qu'elle soit vide, autant de résistance au développement et à la manœuvre des instrumens de lithotripsie ; quelquefois alors il est possible, malgré la fâcheuse réunion de ces deux circonstances, pierre volumineuse et hypertrophie de la vessie avec racornissement, de broyer le corps étranger et de procurer une guérison complète. En voici un exemple remarquable.

Obs. IX. — Le général Schobert éprouvait depuis plusieurs années des douleurs en urinant. Il y avait chez lui tantôt incontinence d'urine, tantôt difficulté très-grande pour évacuer ce liquide. M. Pasquier fils, ayant été consulté, introduisit une sonde et rencontra un calcul. Quoique la possibilité de la lithotritie lui parût plus que douteuse, il ne voulut pas pratiquer la taille sans avoir mon avis. Nous examinâmes le malade conjointement avec M. J. Cloquet. Nous trouvâmes une pierre qui, bien qu'elle n'eût guère plus de 17 à 18 lignes de diamètre, paraissait remplir la cavité de la vessie, laquelle était racornie et hypertrophiée. Ces circonstances nous semblèrent bien défavorables, cependant, pour condescendre aux désirs manifestés par le malade, il fut convenu que je ferais une tentative de broiement, et que si elle ne réussissait pas l'on pratiquerait la taille. Quelques jours après je fis cette tentative et toutes les applications qui suivirent, sous les yeux et avec l'assistance de M. Pasquier. Il fut impossible de faire séjourner dans la vessie une seule cuillerée de liquide. Nous aurions déterminé des convulsions si nous avions voulu nous opposer à son issue ; aussi, sans insister davantage, j'attendis la cessation spontanée de cet état de spasme. J'introduisis alors une pince à trois branches, munie de son foret à développement. Trouvant que la vessie avait repris de la souplesse, je déployai l'instrument et je saisis la pierre, sans être obligé d'exercer sur le col une traction trop forte ; une perforation fut faite et aussitôt l'éclatement fut produit par l'éclatement des ailes ; l'un des plus gros morceaux du calcul restait encore dans la pince et présentait au foret une surface sur laquelle il pouvait agir ; ce fragment fut attaqué et brisé par éclatement après quoi je me hâtai de dégager l'instrument avec les précautions que nécessitait la vacuité de la vessie, car cet organe, plus calme pendant cinq minutes qu'avait duré la manœuvre, entrait de nouveau dans une contraction violente, qui aurait pu rendre l'extraction difficile. La seconde séance présenta des circonstances semblables, et dans celles qui suivirent, la contraction de la vessie alla toujours en diminuant, en sorte que dans les dernières il était possible d'injecter deux onces de liquide. Onze applications, de cinq à six minutes chacune, furent nécessaires pour amener une guérison complète. M. le professeur Ekstrom, médecin du roi de Suède, assistait à la dernière. Le calcul était formé d'oxalate de chaux cristallisé en lamelles brillantes, variété dont j'ai parlé tout-à-l'heure. Depuis trois ans le général Schobert n'a éprouvé aucun symptôme de pierre.

Cette contraction extrême peut être maîtrisée en mettant les malades dans un état de narcotisme général auquel la vessie participe. M. Heurteloup, dans son ouvrage, *Principles of lithotrity*, pag. 409, en rapporte un exemple dont j'ai été témoin, ayant été appelé par lui en consultation dans cette circonstance.

Obs. X. — M. le docteur Delamontagne avait la pierre depuis quelques années lorsqu'il se confia aux soins de M. Heurteloup. Sa vessie avait un diamètre antéro-postérieur peu étendu ; elle avait au contraire de la capacité latéralement ; elle recevait une assez grande quantité de liquide, mais elle ne pouvait le retenir, et elle le chassa avec violence dès que la pince à trois branches fut développée. Une nouvelle injection fut faite au moyen du courant intermédiaire aux deux canules et l'instrument put être fermé. Une seconde tentative fut faite quelques jours après, et la veille M. Heurteloup fit prendre à M. Delamontagne 12 à 15 grains d'opium par doses de 2 grains d'heure en heure ; en sorte que le lendemain il était dans un état voisin de l'ivresse. La vessie put retenir alors une

assez grande quantité de liquide ; cependant la pierre ne put être saisie ; sa situation dans l'une des parties latérales de la vessie la plaçait hors de la sphère d'action de l'instrument droit ; circonstance dont je m'assurai avec la pince, sur la demande de M. Heurteloup. Une troisième séance eut lieu sans plus de résultat. La lithotritie fut alors abandonnée et la taille bi-latérale pratiquée par M. Dupuytren, donna lieu à l'extraction d'un calcul de 18 lignes de diamètre, et procura la guérison.

Plusieurs fois depuis lors, dans le but de calmer la contraction de la vessie, j'ai administré l'opium à la dose de cinq à six grains dans l'espace de douze heures, moitié en pilules, moitié en lavemens de deux en deux heures, mais je n'ai point obtenu une détente aussi marquée que dans le cas dont je viens de parler. Je n'ai pas, il est vrai, osé porter la dose de l'opium aussi loin que je l'avais vu faire chez M. Delamontagnel, qui, depuis long-temps, était habitué à prendre ce médicament pour calmer ses douleurs. Néanmoins les narcotiques administrés à l'intérieur à doses assez fortes pour produire un peu d'ivresse diminuent manifestement l'irritabilité de la vessie, permettent d'injecter dans cette cavité une plus grande quantité de liquide, et donnent ainsi dans quelques cas la possibilité de saisir avec les instrumens lithotribes des pierres qui sans cela n'eussent pas pu l'être. Les désordres que l'opium à si haute dose pourrait déterminer dans l'économie ne balancent-ils pas les avantages et ne doivent-ils pas éloigner d'y avoir recours ? C'est une question que déjà s'est faite M. Heurteloup, et que devra résoudre l'expérience. Quant aux injections adoucissantes ou narcotiques dans la vessie, elles ne m'ont presque jamais réussi ; je suis arrivé jusqu'à introduire dans la vessie un gros de laudanum de Rousseau, étendu dans une petite quantité de liquide sans pouvoir calmer l'irritabilité de la vessie ; l'effet local était nul et il n'y avait point d'absorption ; la faculté d'absorber semble au surplus fort inutile dans un organe destiné à servir momentanément de réceptacle à un liquide purement excrémentitiel.

Il est encore une circonstance dont il faut tenir compte, c'est que dans un bon nombre de cas où la vessie contractée met obstacle au développement des instrumens, l'injection d'une certaine quantité d'eau alors même que l'on peut la faire séjourner quelques minutes, ne facilite point la manœuvre ; le liquide distend la vessie en haut et sur les côtés, mais le diamètre antéro-postérieur, le seul important pour l'opération, n'en est point augmenté ; la diminution de la capacité de la vessie dans ce sens dépend de la tuméfaction de la prostate dont l'injection ne peut changer les rapports anatomiques ; cette tuméfaction allonge le col de la vessie, et lui donna la forme d'un entonnoir dans lequel les instrumens ne peuvent que difficilement se développer.

Est-il besoin de montrer par des exemples que l'hypertrophie et l'irritablité de la vessie sont l'obstacle le plus fréquent que la lithotripsie rencontre ; les faits se présenteront en foule, j'en citerai quelques-uns qui me paraissent des plus saillans.

Obs. XI. — M. Rousseau, des environs de Nevers, éprouvait depuis plusieurs années les douleurs de la pierre, lorsqu'il vint à Paris et se confia aux soins de M. Civiale. Dans une première séance le calcul put être saisi non sans quelque difficulté et attaqué une fois par le foret ; trois séances qui suivirent furent tout-à-fait infructueuses, la pierre ne put être embrassée par la pince ; M. Civiale renonça alors à continuer l'opération ou le malade renonça à l'opérateur, je ne sais lequel des deux ; quoi qu'il en soit, je fus appelé. La pierre avait vingt lignes de diamètre, la vessie était hypertrophiée et excessivement contractée, son diamètre antéro-postérieur avait peu d'étendue, la prostate était énormément tuméfiée, le col de la vessie formait une sorte de long et étroit vestibule. Ces circonstances jointes aux tentatives infructueuses de M. Civiale étaient bien faites pour me détourner de rien entreprendre ; mais M. Rousseau ne voulait pas absolument renoncer à la lithotritie ; il fut donc convenu avec M. Pillot, médecin du malade que l'on essaierait encore. J'employai des injections narcotiques pour diminuer la contractibilité de la vessie, mais ce fut en vain que j'introduisis dans cet organe des doses énormes d'opium ; je me résignai donc à opérer avec les conditions défavorables qui existaient ; à peine l'instrument fut-il développé que la vessie entra dans une épouvantable contraction ; le peu de liquide injecté fut chassé entre le canal et la gaîne de la pince à trois branches qui elle-même était serrée de telle sorte que l'on ne pouvait lui imprimer aucun mouvement. J'attendis sans agir que cette contraction passât, et que la vessie fatiguée se relâchât, comme cela se voit fréquemment, mais comme au contraire l'état de spasme semblait s'accroître ainsi que la douleur, je refermai la pince avec les précautions que nécessitait l'état de vacuité de la vessie, et j'en fis l'extraction. Me rappelant l'effet qu'avait produit l'opium sur M. Delamontagne, j'essayai de mettre aussi M. Rousseau dans un état de narcotisme. Six grains de ce médicament furent administrés par la bouche et par le rectum ; dans l'espace de 15 heures, le malade éprouvait un peu d'étourdissement, il était légèrement stupéfié et cependant la vessie ne s'était que bien peu relâchée. Elle se révolta contre l'instrument avec presque autant d'énergie que la première fois, et je ne pus saisir le calcul. M. Heurteloup, que j'avais prié d'assister à cette séance, pensa que la pince à quatre branches mobiles indépendantes qu'il nomme évideur à forceps, pourrait réussir dans cette circonstance, et il me demanda d'en faire l'application, ce à quoi je consentis avec empressement : quant au malade, il ne me fut pas difficile de le déterminer à cet essai. L'appareil instrumental de M. Heurteloup se composait de la pince à quatre branches mobiles indépendantes de la pince servante et de l'évideur. Dans une première application la pierre ne put être saisie : on sait que dans la manœuvre de l'évideur à forceps on développe les quatre branches dans la vessie, l'on rentre en partie celle qui porte le capuchon, et l'on tient l'instrument ainsi ouvert au-devant du col, on laisse alors écouler le liquide contenu dans la vessie, et la pierre vient d'elle-même se placer dans l'instrument ; mais elle était chez notre malade placée au-dessous des branches, et si bien enclavée dans le bas fond par la prostate, que ni les injections, ni la pince servante, ni la bascule du lit rectangle ne la purent déplacer. Dans une seconde

tentative faite peu de jours après avec le même instrument, M. Heurteloup parvint à saisir la pierre et à l'attaquer, mais elle n'était pas assez engagée dans les branches pour que l'évideur pût agir d'une manière convenable.

Une troisième séance eut lieu encore, mais elle n'eut d'autre résultat que de causer au malade de vives douleurs comme toutes celles qui l'avaient précédé. A cette époque, M. Heurteloup était sur le point de partir pour l'Angleterre, où il a importé la méthode nouvelle, enrichie par son imagination féconde, et où, depuis quatre ans, il en fait l'appplication avec une habileté incontestable. Il me rendit dont le malade à peu près dans le même état que je le lui avais confié.

Après tant de tentatives infructueuses, il semble que M. Rousseau dût être dégoûté de la lithotritie; cependant sa persévérance n'était pas encore à bout, car il m'adressa, en présence de M. le docteur Pillot, de vives instances pour que je fisse encore quelques tentatives de broiement. Pour moi, je trouvai que c'était assez comme cela et je l'engageai fortement à se soumettre à l'opération de la taille, car les souffrances étaient devenues intolérables; il céda enfin à nos raisons et surtout à la douleur. La taille latéralisée fut pratiquée par M. Hervez de Chégoin; elle offrit ceci de particulier qu'un flot de pus s'échappa au moment où l'incision du col de la vessie fut faite, il provenait d'un abcès dans l'épaisseur de la prostate, lequel avait donné lieu aux atroces douleurs que le malade éprouvait depuis quelques jours. Ces douleurs ne furent point calmées par l'extraction de la pierre; elles persistèrent tout aussi poignantes jusqu'au douzième jour que la mort eut lieu, après quelques symptômes d'adynamie. Nous fîmes l'ouverture du corps, et nous trouvâmes la prostate du volume d'une orange; les parois de la vessie avaient près de 3 lignes d'épaisseur; le col avait près d'un pouce et demi de longueur et formait la moitié du diamètre antéro-postérieur. La pierre extraite par l'opération avait 18 à 20 lignes, était ovoïde et ne présentait qu'une seule perforation, légèrement excavée, ce qui donnerait à penser que le foret de M. Heurteloup se serait engagé dans le trou précédemment fait par M. Civiale.

On voit par l'opiniâtreté de ce malade et de tant d'autres dans l'emploi de la lithotritie, qu'il n'était pas besoin de leur tracer, ainsi que l'a fait M. Civiale dans l'introduction de son ouvrage, un tableau aussi rembruni de la taille.

Obs. XII.—M. de Lanougarède, sexagénaire, avait, en 1828 ou 29, été opéré de la taille hypogastrique, par M. Souberbielle. Peu de mois après, les douleurs reparurent et au bout d'un an et demi, M. Pasquier ayant sondé le malade, trouva une pierre et l'engagea à se confier à moi. La vessie était excessivement contractée. L'opération pratiquée antérieurement paraissait avoir déterminé des adhérences entre la paroi antérieure de la vessie et le tissu cellulaire sus-pubien; au moins la vessie à l'intérieur semblait déformée; son diamètre antéro-postérieur était presque effacé, et la pierre située latéralement et en haut; elle ne paraissait pas volumineuse, et je crus pouvoir la détruire par le broiement; mais dès que l'instrument fut développé la vessie entra dans une épouvantable contraction. Un pli saillant de la paroi antérieure de la vessie, résultant, je crois, de la traction en haut exercée par la cicatrice, s'engageait entre les branches de la pince en même temps que la pierre. J'eus quelque peine à refermer l'instrument sans léser cette portion, tant la contraction de l'organe était violente, et je renonçai à la lithotritie. M. de Lanougarède retourna à Versailles, où il fut de nouveau taillé avec succès par le haut appareil.

Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Civiale *De la Lithotritie*, plusieurs autres faits qui prouvent combien souvent l'irritabilité de la vessie est un empêchement à l'opération. Telles sont les observations de M. Michel, page 149, taillé avec succès; M. Pailles, page 150, chez lequel, après six mois de traitement et neuf applications de la pince, on n'avait obtenu qu'un demi-gros de détritus. La taille sus-pubienne ayant été pratiquée, dix calculs furent extraits.

M. Gobert, de Saint-Denis, page 149, chez lequel après une tentative infructueuse de lithotritie, la taille latéralisée fut pratiquée avec succès.

M. Denise, de Paris, page 154, après trois tentatives inutiles, il fut taillé et guérit.

M. Dubois Doin, de Châteauroux, page 154. M. Civiale dit avoir fait sur ce malade très-irritable plusieurs tentatives sans pouvoir saisir la pierre; mais il n'en indiqua pas le nombre et ne dit pas si la taille fut pratiquée.

M. Turgot, page 155. Dans une première tentative l'instrument fut arrêté au col de la vessie et ne put pénétrer. Dans une seconde séance, « l'état nerveux du » malade, dit M. Civiale, excita des mouvemens qui » me forcèrent de retirer l'instrument avant même que » la pince fût ouverte. » Deux autres tentatives encore furent faites sans que la pierre pût être saisie. Le malade fut taillé par M. Dupuytren. L'opération fut heureuse.

Cette irritablilité de la vessie ne s'est jamais montrée à moi à un plus haut degré que chez M. Dadure. M. Ségalas avait fait sur ce malade, sans pouvoir saisir la pierre, huit tentatives de lithotritie, avec une pince à trois branches courbe (laquelle a donné lieu à des plaintes graves de M. Pravan, sur lesquelles l'académie de médecine n'a pas encore statué); la vessie fut excitée de plus en plus par la manœuvre opératoire, et, lorsque je fus appelé conjointement avec M. Pasquier, les douleurs étaient tellement intolérables, qu'il était devenu indispensable, malgré la fièvre, d'y mettre fin par la taille le plus promptement possible. Sur mon refus de faire aucune tentative de broiement, la taille bilatérale fut pratiquée par M. Pasquier; la pierre, blanchâtre et friable, s'écrasa sous les tenettes et il fallut porter un grand nombre de fois cet instrument dans la vessie pour la débarasser. La sensibilité du ventre augmenta d'instans en instans, et le lendemain M. Dardure mourut d'une péritonite aiguë que rien ne put arrêter.

Sur un autre malade, le comte D..., M. Ségalas a fait également huit tentatives sans pouvoir saisir la pierre, à cause de l'état de contraction de la vessie. La taille sus-pubienne a été pratiquée avec succès par M. Souberbielle.

La seconde lettre de M. Civiale sur la lithotritie contient l'histoire de *quarante-cinq* malades traités

par le broiement; sur ce nombre, *dix-sept* l'ont été sans succès. De ces dix-sept, il y en a *treize* chez lesquels l'hypertrophie et l'irritabilité de la vessie ont empêché l'opération d'être continuée.

Faisant dans ces résultats la part de l'infériorité du procédé des perforations successives que met en usage M. Civiale, ces chiffres n'en démontrent pas moins que de tous les obstacles que la lithotripsie rencontre, le plus fréquent et le plus difficile à surmonter, est l'irritabilité de la vessie.

L'on voit aussi par tous ces exemples de tentatives inutiles qu'il n'est pas toujours facile de connaître de prime-abord les cas dans lesquels l'opération du broiement peut réussir de ceux dans lesquels elle n'est point applicable; c'est là, je le répète, le point le plus difficile de la lithotripsie.

—

—M. Lisfranc vient de faire, à l'hôpital de la Pitié, une opération remarquable par l'étendue des parties emportées. Il a enlevé, pour une affection cancéreuse, la partie interne du plancher de l'orbite du côté droit, l'os unguis, l'apophyse montante de l'os maxillaire du côté droit, une partie de celle du côté gauche, la partie supérieure des os propres du nez, les parties antérieure et inférieure de l'ethmoïde, et toute la portion orbitaire du côté droit, jusqu'à la lame criblée. Le malade, opéré il y a près de quinze jours, est dans le meilleur état. Nous donnerons les détails de cette observation.

GAZETTE DU 10.

MÉDECINE PRATIQUE.

—

RECHERCHES

SUR L'ANASARQUE IDIOPATHIQUE ET SON TRAITEMENT,

Par Genest,

Ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ire Partie.

L'étude de l'hydropisie, bien que cette maladie, considérée d'une manière générale, soit l'une des plus communes qui puisse affecter l'espèce humaine, n'a cependant pas fait dans ces derniers temps tous les progrès que l'on pouvait attendre et de sa fréquence et des nombreux travaux dont elle a été l'objet. Déjà depuis long-temps quand la médecine organique a vanté ses prétendus triomphes, on avait rattaché un grand nombre d'hydropisies à des altérations des organes internes. Les recherches des anatomo-pathologistes ont beaucoup augmenté le nombre des cas où l'hydropisie n'est réellement qu'un symptôme d'une autre affection, mais aucun travail n'a démontré qu'il en soit ainsi dans tous les cas, et c'est à tort que cette maladie a été rayée du cadre nosologique par les réformateurs modernes.

L'étude de l'hydropisie a éprouvé de nos jours les mêmes phases que celle de la fièvre. On a démontré que dans un grand nombre de cas l'état fébrile est causé par un lésion organique appréciable, et de cette observation on a conclu qu'il en était de même dans tous les cas; et cependant, tous les jours on voit des cas de fièvre, où au rapport des anatomistes les plus éclairés et de bonne foi, on ne trouve aucune lésion à laquelle on puisse la rapporter; et dans les fièvres intermittentes, l'attention la plus scrupuleuse ne peut découvrir de lésion primitive locale; il est évident qu'on avait été trop loin, et l'on est obligé d'admettre encore des fièvres. La même erreur a été commise à l'occasion de l'hydropisie : de quelques faits, on a conclu à la généralité des faits; de ce que dans beaucoup de cas l'hydropisie est l'effet d'altérations organiques, on en a conclu qu'il en est toujours ainsi : aussitôt on s'est mis à la recherche des altérations organiques coexistantes avec des hydropisies et l'on a négligé ou interprété les faits qui s'écartaient de cette doctrine.

L'un des effets les plus funestes de cette idée dominante que les hydropisies dépendent toutes de lésions organiques (la plupart incurables), a été l'abandon presque complet sous le rapport du traitement, dans lequel sont laissés la plupart des sujets atteints d'hydropisie, parce que cette dernière étant supposée dépendre d'une affection incurable, on en conclut qu'elle est également incurable; mais pour comprendre dans quelle erreur on tombe à cet égard, il suffit de se rappeler qu'on voit souvent disparaître, au moins pour long-temps, ces sortes d'hydropisies (liées à une lésion organique), sous l'influence de différentes causes, et qu'il n'est pas rare de voir des affections du cœur, du foie, etc., arriver à leur dernier degré de développement sans production d'hydropisie. Cette dernière n'est donc point nécessairement liée à la maladie organique, puisqu'elle peut disparaître bien que celle-ci persiste, et la pratique, assez généralement en usage aujourd'hui, d'abandonner en même temps et l'hydropisie et l'affection à laquelle on la rattache, nous semble aussi contraire à la raison qu'à l'humanité.

Nous nous proposons d'étudier ici les rapports de l'hydropisie en général avec quelques affections organiques et nous espérons démontrer que dans un certain nombre de cas où ces deux états morbides existent simultanément, ils ne sont cependant pas nécessairement liés l'un à l'autre, et peuvent réclamer des moyens de traitement différens. Nous terminerons par quelques recherches sur l'anasarque idiopathique en particulier.

Il est impossible de ne pas reconnaître que dans un certain nombre de cas l'hydropisie est le résultat nécessaire et mécanique de différentes affections organiques. Ainsi, le rétrécissement des orifices du cœur, la pression d'une tumeur sur les gros vaisseaux de la poitrine, de l'abdomen ou des membres, arrivée à un degré assez avancé pour gêner la circulation et empêcher le retour facile du sang par les veines, doivent presque nécessairement déterminer l'hydropisie, sans que cependant l'on puisse savoir pourquoi c'est le sérum plutôt que les autres élémens du sang qui s'en sépare. C'est un point hors de discussion; mais il n'est pas également démontré qu'il en soit de même dans tous

les cas. Parmi les maladies qui se lient le plus fréquemment à l'hydropisie, les affections organiques du cœur et surtout les rétrécissemens des orifices doivent être rangés en première ligne. Et cependant si nous prenons un certain nombre de cas de ces affections, nous en verrons quelques-uns où l'hydropisie, après avoir apparu presqu'au début de la maladie, disparaît ensuite sous l'influence de causes très-variées, telles que divers traitemens et le repos. Puis, elle reparaît plus tard pour disparaître encore ou persister jusqu'à la mort. Mais si l'hydropisie dépendait uniquement du rétrécissement des orifices du cœur, elle n'eût point disparu ainsi, à moins que l'on ne suppose que la maladie organique n'eût éprouvé une amélioration; mais il est beaucoup de cas où l'on ne peut faire cette supposition et où la disparition de l'hydropisie doit être attribuée à d'autres causes; elle ne dépendait donc point uniquement de l'affection organique qui probablement y avait contribué pour une part, mais n'était point la seule cause, puisque, bien qu'elle n'eût pas disparu, l'hydropisie avait cependant cessé. Il faut donc chercher d'autres causes que l'altération organique pour la production de l'hydropisie dans ces cas. Nous ne nous engagerons pas, pour ce moment, dans la recherche de ces causes, qui probablement diffèrent peu de celles des hydropisies en général. Il nous suffit d'être arrivé à cette conclusion, que dans ces cas on est obligé de les chercher ailleurs que dans les altérations organiques, auxquelles on est généralement trop disposé à les attribuer uniquement.

Nous ne citerons pas en ce moment d'exemples des faits dont nous venons de parler; il n'est pas de praticien, il n'est pas d'élève en médecine qui n'ait observé, surtout dans les hôpitaux, un certain nombre de ces individus chez lesquels on voit paraître et disparaître successivement plusieurs fois l'édème et les autres phénomènes de l'hydropisie pendant le cours d'une affection organique du cœur. Cependant nous ferons remarquer que ces cas d'hypertrophie du cœur, de rétrécissement des orifices du cœur et d'autres affections organiques qui se compliquent d'hydropisie dès le début sont plus fréquens chez les malades des hôpitaux que dans la pratique de la ville. Les personnes aisées sont beaucoup moins exposées aux intempéries des saisons, aux effets de la misère, aux excès enfin de tout genre que celles de la basse classe du peuple, chez lesquelles ces différentes circonstances, jointes à l'action d'une lésion organique commençante, agissent comme cause d'hydropisie et en déterminent l'apparition à une époque où on l'observe rarement chez les personnes dont l'aisance et les habitudes les mettent à l'abri de l'influence de ces causes. Chez ces dernières, l'édème des extrémités n'apparaît ordinairement que dans la dernière période des affections organiques, dont il semble alors n'être qu'un effet mécanique, et disparaît bien rarement malgré l'influence des traitemens les mieux ordonnés; tandis qu'il arrive très-souvent dans les hôpitaux de voir le même individu rentrer plusieurs fois avec ces accidens très-prononcés, et en sortir au bout de peu de temps après qu'ils ont disparu.

Une autre série de faits nous fournira une nouvelle preuve que l'hydropisie ne dépend pas constamment de l'altération organique; c'est que dans un certain nombre de cas où cette altération est extrêmement prononcée et arrive à un degré beaucoup plus avancé que dans la plupart de ceux où l'hydropisie apparaît, on n'en observe aucune trace jusqu'à la mort du sujet. Si, dans les cas qui appartiennent au premier ordre de faits que nous signalions tout-à-l'heure, l'hydropisie dépendait uniquement de l'altération organique, toutes les fois qu'une hypertrophie des parois du cœur ou un rétrécissement de ses orifices serait arrivé au même degré, constamment il devrait y avoir hypertrophie; mais il n'en est pas ainsi, car il est des cas où la maladie se termine par la mort et ne se complique à aucune époque de sa durée d'hydropisie. Ces faits sont plus rares que les premiers dont nous avons parlé et exigent que l'examen cadavérique soit fait avec soin et de bonne foi. Les suivans ne doivent laisser aucun doute sur ce que nous venons d'avancer ici.

HYPERTROPHIE DU COEUR. — OSSIFICATION DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE; ABSENCE D'ÉDÈME AUX EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES.

Obs. I. — Le nommé Grufin, âgé de 68 ans, boulanger, habitant Paris depuis 20 ans, dit avoir toujours été bien portant et n'avoir éprouvé ni pleurésie, ni pneumonie, mais seulement quelques douleurs rhumatismales. En novembre 1829, il fut repris de ces douleurs dans les genoux et les cuisses, et fut reçu à la Pitié d'où il sortit après sept semaines de séjour bien rétabli; mais aussitôt après sa sortie, il fut pris d'un rhume avec toux sèche et fréquente, dyspnée très-forte, sans crachement de sang, sans douleurs pleurétiques, sans fièvre. Il prend deux vomitifs et deux purgatifs qui le soulagent un peu, mais bientôt la dispnée augmente et il est reçu, salle Sainte-Madeleine, n° 31, le 6 février 1830.

A cette époque il présenta, outre les symptômes d'un catarrhe aigu ceux d'une affection organique du cœur très-avancée; la face était fortement congestionnée, la suffocation presqu'imminente, le pouls petit, dur et peu fréquent. Les battemens du cœur sourds, profonds, à peine sensibles au toucher. La percussion sur la région du cœur indiquait de la matité dans une étendue double de celle qu'elle occupe ordinairement. La partie inférieure des deux poumons offre un râle crépitant, humide, abondant. Plusieurs saignées furent pratiquées, mais avec peu de soulagement, et déterminèrent au contraire des accidens assez graves qui firent craindre chaque fois pour son existence. Pendant tout le temps qu'il resta à l'hôpital, il n'offrit pas de traces sensibles d'édème, soit aux extrémités inférieures, soit sur d'autres parties du corps; enfin il succomba le 18 mars, après une agonie extrêmement longue et pénible.

Ouverture du corps.

Le cerveau ne présente rien d'anormal.

Les poumons offrent à droite des adhérences anciennes, très-longues, très-lâches, transparentes, et sous forme de toile, surtout vers le sommet. Il y en a aussi à gauche, mais moins; de deux côtés édème des poumons inférieurement.

Le cœur est très-volumineux ; le ventricule gauche est au moins deux fois plus grand que le droit, qui est lui-même plus grand que dans l'état normal. Les parois du côté gauche sont aussi beaucoup plus épaisses qu'elles ne devraient l'être ; l'orifice de l'aorte n'offre aucun obstacle ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci au moins d'un tiers et en outre tout le cercle qui le forme est complètement ossifié ; les orifices du côté droit sont parfaitement libres ; l'aorte offre quelques plaques d'ossification, mais peu nombreuses. Les autres organes n'ont offert à l'examen aucune altération appréciable.

Chez ce sujet la seule trace d'hydropisie qui ait été observée, c'est un pus d'édème dans les deux poumons ; édème qui ne tenait pas aux derniers instans de la vie, et qui probablement existait depuis longtemps et se rattachait au râle crépitant humide, qu'il avait présenté dès son entrée à l'Hôtel-Dieu ; mais, du reste, il n'a eu ni édème des extrémités, ni même cette bouffissure de la face qui est un phénomène si fréquent dans ces sortes d'affections.

HYPERTROPHIE DU COEUR. — OSSIFICATION DE L'ORIFICE AURICULO-AORTIQUE. — ABSENCE D'ÉDÈME AUX EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES.

Obs. II. — Goju, âgé de 28 ans, lapidaire, exerce son état depuis 16 ans. Il y a 10 ans, il eut une colique de plomb dont il fut traité et guéri à la Charité. A la fin du mois de mars 1829, il fut pris de crachement de sang peu abondant avec un peu de toux et de dyspnée dont il s'inquiéta peu. Mais ayant éprouvé, au commencement de juin, des douleurs à l'abdomen avec dévoiement, il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Madeleine, nº 6, le 24 juin 1829, où il offrit l'état suivant le 25 : Léger état fébrile ; sensibilité à la pression sur la moitié supérieure de l'abdomen ; plusieurs selles liquides dans les 24 heures ; quelques traces de sang non mélangé, mais pur, dans les crachats. Le malade dit que ses crachats en contiennent autant depuis trois mois. En outre, il a une dyspnée plus forte que ne le comporte son état fébrile ; les battemens du cœur sont très-forts et durs. A l'auscultation, bruit de soufflet très-fort et qui continue long-temps, mais dont on ne trouve plus de traces dans les grosses artères ; pas de traces d'infiltration sur aucune partie du corps. Deux applications de sangsues et deux saignées font disparaître le sang des crachats, les douleurs abdominales et le dévoiment ; mais le malade était beaucoup plus faible, la dyspnée plus forte, et on voyait battre toutes les veines de la région antérieure et inférieure du col par un battement isochrone à celui du cœur, qui présentait toujours le même bruit de soufflet, mais plus prononcé, et approchant du bruit de râpe. Un cautère est appliqué sur la région précordiale ; mais la maladie continue à faire des progrès, la dyspnée devient suffocante, et le malade succombe le 15 juillet, après 22 jours de séjour à l'hôpital.

Autopsie.

Les deux poumons sont crépitans et n'offrent pas de traces de tubercules ; mais des adhérences fort anciennes avec la plèvre et des deux côtes. Toutes les parois du cœur sont fortement épaissies et spécialement celles des cavités gauches, qui offrent aussi beaucoup plus de capacité que dans l'état normal. Tous les orifices sont libres, à l'exception de l'orifice ventriculo-aortique, qui est ossifié dans tout son pourtour ; mais avec une déformation telle qu'il en résulte une espèce de fente beaucoup plus longue que large, offrant à peine le tiers du calibre ordinaire, et entourée partout d'un épais anneau de matière d'ossification. L'aorte n'offrait aucune altération.

Les autres organes n'ont rien présenté d'anormal qui eût rapport au sujet dont nous nous occupons. Il n'y avait sur aucune partie du corps de traces d'édème ou d'infiltration ; le sujet offrait, au contraire, un état de maigreur notable.

Voilà deux faits où l'affection organique du cœur a été portée assez loin pour déterminer à elle seule la mort et sans aucune complication, et cependant chez ces deux sujets il n'y a eu ni épanchement de sérosité dans les grandes cavités, ni inflammation séreuse dans le tissu cellulaire même des extrémités inférieures. Nous pourrions multiplier ces citations, mais ce serait, nous pensons, inutile, et nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède que l'hydropisie ne dépend pas nécessairement de la présence d'une altération organique, apportant un trouble dans la circulation générale, et conséquemment qu'il faut que d'autres circonstances se joignent à cette altération pour déterminer la formation d'une hydropisie.

Nous avons vu déjà que dans certains cas d'affection organique l'hydropisie qui était survenue depuis le commencement de cette affection du cœur, disparaissait sans que cependant on pût supposer que la maladie eût rétrogradé vers l'état sain ; il nous paraît donc rationnel de conclure de ces deux séries de faits que, bien qu'une hydropisie soit accompagnée d'une affection organique du cœur, on aurait tort cependant de ne point employer les moyens propres à la combattre.

Il est certainement un grand nombre de cas où ces moyens ne pourront être employés ; quand, par exemple, l'affection organique aura fait beaucoup de progrès, quand l'hydropisie offrira les caractères qui annoncent l'action d'un obstacle puissant et insurmontable à la circulation soit locale, soit générale ; mais même en tenant compte de ces cas, nous pensons qu'il en est encore beaucoup où les secours seraient employés avec autant d'avantage pour les malades que d'honneur pour notre art.

L'un des grands défauts de la médecine française de notre époque, c'est une timidité excessive ; on lui reproche avec quelque raison, nous pensons, de rester trop souvent spectatrice des progrès des maladies sans chercher à les arrêter par l'emploi de moyens énergiques qui, dans les mains des charlatans, produisent des cures merveilleuses ; et cependant, avec un peu plus de hardiesse, le médecin aurait pu produire les mêmes effets, mais avec plus de chances de succès pour le malade. De toutes les maladies qui sont ordinairement du ressort des charlatans, l'hydropisie est sans contredit une de celles où ils obtiennent le plus de succès et « après qu'avaient échoué, pour nous servir de leur expression, tous les efforts de la faculté. »

Et ces efforts se réduisent le plus souvent à l'emploi de quelques moyens sans activité, doués de propriétés très-faibles, auxquels s'étaient bornés les médecins retenus par la crainte de ces gastrites ou de ces gastro-entérites qu'auraient pu produire des remèdes plus actifs; et c'est ainsi que tous les jours on laisse succomber à une maladie réelle, mais à laquelle on n'a point osé opposer des moyens actifs, des individus pour lesquels on a redouté ces inflammations violentes qui dit-on, ne peuvent manquer de survenir à la suite de l'administration d'un purgatif énergique ou de toute médication analogue, mais qui ne sont le plus souvent que dans l'imagination du timide praticien ou dans le catéchisme de l'école physiologique.

Quittons maintenant ces généralités pour nous occuper d'une forme spéciale de l'hydropisie, de l'anasarque. Nous allons chercher à démontrer que l'on a eu tort de rayer cette affection des cadres nosologiques de nos jours.

ESSAIS

SUR LES AVANTAGES DE LA MÉTHODE NATURELLE,

Comparée avec la classification artificielle, dans l'étude des maladies de la peau;

Par le docteur PAGET, d'Édimbourg.

Ainsi que l'indique le titre, on ne doit s'attendre à trouver dans ce travail qu'une apologie de la méthode naturelle adoptée avec tant de succès par le professeur de l'hôpital Saint-Louis à l'étude des dermatoses.

L'auteur considère son sujet d'un point élevé et essentiellement philosophique, comparant d'abord dans l'étude de l'histoire naturelle les avantages de la classification naturelle sur celle à laquelle on a donné le nom d'artificielle, et faisant ressortir l'importance de la première de ces méthodes adoptée par Jussieu et Decandolle pour la botanique; par Cuvier, pour la zoologie; par Lamark, pour les invertébrés; par Latreille, pour les insectes; par M. Blainville, pour les zoophytes, et par M. Geoffroy-Saint-Hilaire pour l'anatomie philosophique de tout le règne animal.

Nous ne suivrons point l'auteur dans la discussion qu'il établit sur la possibilité d'appliquer les principes de la méthode naturelle aux maladies de la peau, discussion dans laquelle il s'appuie sur les bases données à cette méthode par MM. Decandolle et Geoffroy-Saint-Hilaire. De là il passe à la comparaison de la méthode naturelle appliquée à l'étude des affections cutanées, c'est-à-dire de la classification de M. Alibert avec celle de son compatriote Willan, qu'il considère comme la seule qui puisse disputer la palme à celle du professeur de Paris, et nous n'avons pas besoin de dire que la méthode artificielle fondée par son compatriote se trouve, d'après cette comparaison, de beaucoup inférieure à celle qui lui est opposée.

La seconde partie de ce travail, qui se trouve seule dans le numéro que nous analysons aujourd'hui, contient uniquement l'énumération des groupes et des genres adoptés par M. Alibert, avec l'indication de leurs principaux caractères.

RECHERCHES

SUR LA STATISTIQUE DE L'ARMÉE

Avec quelques observations sur les rapports de médecine militaire.

L'objet de ce mémoire est d'abord de fournir quelques faits statistiques sur la moyenne de la mortalité des troupes dans les différens climats ou dans leurs différentes stations; et ensuite d'indiquer une forme simple pour la disposition des rapports de statistique médicale sur les corps d'armée, les garnisons. Tous les jours l'utilité des recherches statistiques sur les points de la science qui ne peuvent être éclairés que par des chiffres nombreux, acquiert plus d'importance aux yeux des hommes qui suivent avec attention les progrès des connaissances humaines. On sait combien il est difficile d'obtenir dans la pratique civile les élémens de rapports complets et exacts; mais la médecine militaire n'offre presqu'aucun des obstacles que rencontre le médecin dans la pratique ordinaire, et il est étonnant que jusqu'à ce moment les différens gouvernemens de l'Europe n'aient pas profité de cette facilité qu'ils auraient à obtenir des données positives pour éclairer différentes questions importantes, telles que la moyenne des malades et des morts dans les différens climats, et conséquemment la salubrité de ces derniers. Les rapports militaires promettent cependant de conduire à des conclusions satisfaisantes sur ces différentes questions, et plusieurs autres analogues. Les hommes des différens corps ou des différentes divisions de l'armée sont à peu près dans la même circonstance d'âge, de nourriture, d'exercice et d'habitude, en sorte que c'est presqu'uniquement à l'influence du climat que l'on devra attribuer les différences que l'on observe entre l'état sanitaire des différens corps.

L'auteur présente un modèle des rapports qu'il voudrait que le bureau de la guerre exigeât de chaque corps ou de chaque régiment. Il entre à ce sujet dans quelques détails que nous ne pouvons reproduire ici, et donne par exemple des recherches faites par lui sur différentes divisions de l'armée anglaise dans les contrées différentes. Le résultat de ces recherches, condensé en un tableau, va nous faire voir les différences immenses que l'on peut trouver entre l'état sanitaire de différentes contrées.

	Nombre des années.	Moyenne annuelle du nombre des soldats.	Moyenne annuelle des morts par cent.
Irlande, pendant	32	36,921	1.5
Madras,	2	8,717	8,1
Régiment royal,	24	1,067	7,6
59e régiment,	13	901	7,8
Gibraltar,	17	3,267	2
Malte,	8	2,226	1,5
Iles Ioniennes,	13	3,467	2,6

Si l'on obtenait des rapports de ce genre plus étendus de tous les corps d'armées pendant un nombre d'années considérable et sur tous les sujets susceptibles d'être éclairés par ces sortes de recherches, on conçoit que l'on pourrait arriver à des données qui ne seraient pas sans importance sous les rapports scientifiques et politiques.

OBSERVATIONS

SUR LE CARACTÈRE ET LE TRAITEMENT DE L'IRITIS,

Avec quelques remarques préliminaires sur la structure anatomique et la physiologie de l'iris, nécessaires pour l'intelligence des phénomènes qu'il présente pendant son inflammation, et de quelques conditions pathologiques qui en sont le résultat;

Par M. W. Riggs.

Nous allons suivre l'auteur dans les détails où il entre sur cette maladie, encore peu connue parmi nous, et qui nous semblent devoir offrir de l'intérêt.

La surface antérieure de l'iris offre deux cercles concentriques dont la teinte varie suivant les individus. Le plus grand de ces cercles, c'est-à-dire celui qui est le plus près de la circonférence ciliaire, est plus large et d'une nuance moins foncée que celui qui se trouve plus près de la pupille. On distingue des lignes striées lorsqu'elles passent vers la pupille, et elles se croisent en s'en rapprochant. Quelquefois la couleur de la face antérieure est comme marbrée, la matière colorante étant disposée par plaques. Toujours elle offre un aspect riche et velouté.

La substance de l'iris est composée de deux lames que l'on peut séparer près de la grande circonférence; mais qui, en se rapprochant de la pupille, finissent par ne plus former qu'une seule membrane. Le professeur Maunoir, de Genève, dit y avoir distingué avec une forte lentille deux plans de fibre musculaire : l'un externe, radié, correspondant au grand cercle coloré, et qui produit la dilatation de la pupille; l'autre, plus étroit, avec des fibres concentriques, agit comme un sphincter et resserre la pupille. L'existence de la membrane de l'humeur aqueuse a été niée, parce que c'est dans la chambre postérieure que se sécrète surtout le fluide qui remplit les deux chambres, et que M. Gutterie a démontré passer de la chambre postérieure dans l'antérieure.

Des trois ordres d'artères qui se rendent à l'iris, celles qui viennent des artères musculaires, les ciliaires antérieures, doivent être étudiées avec le plus d'attention; car leur congestion est l'un des signes diagnostiques de l'iritis au moins dans un état aigu; elles percent la sclérotique à environ deux lignes de la cornée, en venant de la partie postérieure de l'œil, et après avoir couru entre cette membrane et la conjonction; elles traversent alors le ligament ciliaire et s'anastomosent avec les filets ciliaires longs et courts.

Les nerfs que reçoit l'iris viennent surtout du ganglion lenticulaire, et quelques-uns du rameau nasal.

Pour démontrer la présence des fibres musculaires dans l'iris, M. Riggs cite une expérience faite au collége des chirurgiens, à Dublin, sur un criminel chez lequel une aiguille introduite dans l'iris, et mise en communication avec un appareil galvanique, détermina une vive contraction de cette membrane. Il cite encore le fait du docteur Roget, qui peut à volonté faire mouvoir ses iris, et celui d'un jeune homme qui pouvait à volonté aussi obscurcir ou rendre plus claire la vue d'un objet placé près de lui sans rien changer dans les rapports où il se trouvait avec l'objet. Cet effet était produit par la dilatation ou la contraction de la pupille, dont lui-même n'avait pas la conscience, mais qui était très-appréciable pour l'observateur placé près de lui.

M. Riggs rejette l'opinion de M. Travers, qui attribue la sympathie de la rétine et de l'iris à la connexion des nerfs ciliaires avec la rétine; les sympathies existent entre d'autres organes entre lesquels il n'y a aucune connexion nerveuse particulière.

Il divise l'inflammation de l'iris en *simple* et *spécifique*, et ensuite en *aiguë*, *subaiguë*, et *chronique*. Les cas d'iritis sont fréquens. Il y a quarante ans, cette maladie n'avait pas même été décrite. C'est un auteur allemand qui le premier écrivit sur l'iritis, et dans l'ouvrage du docteur Howard sur les maladies vénériennes, c'est elle qu'il a décrite sous le nom d'ophthalmie vénérienne.

Malgré l'importance des travaux publiés déjà sur l'iritis et sur tout l'ouvrage spécial du docteur Laurence, il arrive tous les jours que cette maladie est prise par des médecins pour une ophthalmie simple et traitée en conséquence par les moyens antiphlogistiques, jusqu'à ce que souvent elle soit devenue tout-à-fait incurable, même par les moyens appropriés.

Si la maladie est reconnue à temps, le traitement est simple et constamment heureux. Voici les moyens de la reconnaître. En examinant l'œil avec attention on observe une disposition particulière des vaisseaux rouges. Ils deviennent très-visibles vers la circonférence de l'œil, se dirigeant en lignes droites sans communications latérales. De nombreuses anastomoses s'établissent entre eux lorsqu'ils approchent de la cornée, et un peu en dehors de celle-ci ils forment un plexus d'un rouge foncé. Les vaisseaux que recouvre la conjonctive prennent une teinte pourprée, et la transparence de la cornée est diminuée; mais ce dernier caractère est beaucoup moins important que le premier. On ne l'observe que dans les iritis aiguës. Quand l'inflammation est violente, on observe « la zone couleur de cendre » du docteur Howard, due à l'épaississement du cercle formé par la réunion de la cornée et de la conjonctive qui prend une couleur cendrée, légèrement teinte en rouge.

Ces caractères sont nécessairement sujets à beaucoup de variations, suivant le degré de l'inflammation et les complications qui ont souvent lieu. Dans les cas très-graves, la rougeur est souvent générale, et ne permet plus de distinguer la zone cendrée; la cornée est opaque, parsemée de vaisseaux rouges à sa surface; de la lymphe est déposée entre ses lames et les douleurs du malades sont insupportables. Cet état se termine souvent par la destruction de l'œil. Alors ce n'est qu'en

examinant l'état de l'iris que l'on peut constater la présence ou l'absence de l'inflammation de cette membrane. C'est pourquoi le médecin doit nécessairement se familiariser avec son mode de contraction, sa rapidité, son étendue et sa durée sous l'influence des divers degrés de lumière.

L'examen de l'iris, s'il est enflammé, vous montrera que sa couleur est altérée, ce qui variera suivant la couleur naturelle de l'iris et suivant le degré et la durée de l'inflammation. En général, on doit attendre une couleur composée de la couleur naturelle avec une teinte jaune mêlée de rouge. Si la couleur naturelle approchait du vert, il sera moins foncé ; si elle était bleue, elle prendra une couleur verdâtre ; si elle était foncée, elle prendra une teinte rouge. Lorsque l'inflammation est grave, on voit déposés à la surface de l'iris, mais plus près du bord de la pupille, des globules de lymphe, jaunes ou couleur d'ambre. Quelquefois on aperçoit dans la chambre antérieure des masses détachées, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit pois, et que l'on nomme *hypopion*.

Le premier changement qu'éprouvent les mouvemens de l'iris, c'est un battement sans irrégularité. On a diversement expliqué ce premier degré d'altération des mouvemens de l'iris. On l'a attribué à la simple congestion des vaisseaux sanguins et d'autres à la désorganisation. Plus tard les mouvemens deviennent irréguliers, la contraction est imparfaite ou nulle ; le bord de la pupille s'épaissit, prend une forme irrégulière, est reporté en arrière ; quelquefois la pupille est contractée, d'autres fois dilatée, le plus souvent elle est diminuée ; la pupille peut présenter un réseau, qui ne l'obstrue que partiellement et la ferme tout-à-fait.

M. Riggs ne peut admettre l'opinion de M. Laurence que l'iritis est toujours constitutionnelle ; pour lui, cette maladie est quelquefois idiopathique ; il cite un cas de cette dernière forme ; mais il admet que la syphilis, la goutte, le rhumatisme, le scrophule et le mercurialisme prédisposent singulièrement à cette affection, et dans l'ordre où nous venons de les énumérer pour la fréquence. Le plus souvent l'iritis est un effet secondaire de la syphilis. Elle co-existe souvent avec les éruptions syphilitiques papuleuses ou squameuses, les maux de gorge et les ulcérations de la voûte du palais, de la même nature. Le mercure peut être aussi la seule cause, surtout lorsque l'individu a été soumis plusieurs fois à ce minéral.

Le traitement doit varier suivant les caractères, la violence, la durée de l'inflammation et les autres circonstances déjà indiquées. On doit surtout avoir égard à l'état de santé du malade et pendant et avant l'attaque. On connaît l'effet souverain du mercure dans tous les cas où il peut être administré.

La première indication est de tirer du sang si l'inflammation est très-aiguë et si l'état du malade ne contre-indique pas l'emploi de ce moyen. Tout traitement sera incertain et nuisible sans ce préliminaire. L'évacuation sanguine diminue l'action locale, affaiblit le trouble général et facilite l'action curative du mercure. Il n'y a pas de temps à perdre pour l'emploi des palliatifs, car une attaque aiguë est quelquefois suivie au bout de quatre à cinq jours de la perte complète de la vue, si les moyens ne sont pas employés à temps.

A l'emploi de la saignée on fera succéder immédiatement celui du mercure ; il suspend l'action des petits vaisseaux et empêche le développement de l'inflammation adhésive.

On emploi en général le calomel et l'opium, que l'on donne toutes les trois, quatre ou cinq heures, à la dose de trois à cinq grains pour le calomel, jusqu'à ce que son action sur la constitution soit évidente. Aussitôt que cette action se manifeste, la douleur et l'intolérance de la lumière diminuent, les vaisseaux rouges disparaissent, le mouvement de l'iris est rétabli, la lymphe épanchée et résorbée et la cornée recouvre sa transparence, ainsi que l'humeur aqueuse.

Pendant que cette crise s'effectue on doit pratiquer, le soir et le matin, des frictions avec l'extrait de belladone sur les sourcils et autour de l'orbite ; quelquefois on remplace la belladone par la jusquiame ; mais la première est préférable, elle dilate la pupille et empêche l'adhérence de l'iris à la capsule du cristallin, ou si des adhérences ont été formées, elles s'alongent ; on l'a aussi combinée à l'opium, dans le but de calmer les douleurs ; les applications locales sont inutiles, les évacuations sanguines par les sangsues ou les ventouses appliquées près de l'œil peuvent être très-utiles dans le cours du traitement.

Dans le cas où la maladie affecte la forme subaiguë, les évacuations sanguines abondantes et l'introduction du mercure dans l'économie ne sont plus réclamées avec la même instance ; quelques sangsues ou des ventouses peuvent être substituées à la saignée générale, si on redoute l'effet de la débilitation, et le calomel est donné à plus faibles doses et à des intervalles plus éloignés. Dans la forme chronique, où quelquefois la maladie ne dure pas moins de six semaines, il est encore moins nécessaire d'employer les moyens les plus vigoureux et les plus prompts.

Il y a pourtant des cas où l'effet de ce traitement serait ou douteux ou nuisible ; ces cas sont rares mais trop souvent méconnus ; il est des individus qui ne peuvent supporter l'action du mercure sous quelque forme qu'il soit employé chez eux ; il est évident qu'on ne peut recourir à ce moyen. Quelques grains de ce métal suffisent quelquefois pour déterminer les effets les plus énergiques ; quelquefois l'iritis survient avec la syphilis chez des sujets chez lesquels le mercure ne peut être employé ; ce sont surtout les jeunes gens dont la constitution a été détériorée par une vie dissipée, ou qui offrent des dispositions aux tubercules pulmonaires ; dans ces cas le mercure dirigé contre l'iritis excite quelquefois une action funeste dans les poumons. L'essence de térébenthine recommandée par M. Carmichaël a été employée dans ce cas avec le plus grand succès. Je l'ai vue administrée à la dose de un ou deux drachmes trois fois par jour, amener promptement une guerison complète. Lorsque ce moyen est employé le soulagement se montre ordinairement vers le troisième jour, et au bout de douze ou seize jours, toutes les traces de la maladie ont disparu. Dans tous les cas où le mercure ne pourra pas être employé, l'essence de térébenthine sera au moins un très-utile auxiliaire.

DILATATION EXTRAORDINAIRE

AVEC HYPERTROPHIE DE TOUTE LA PORTION THORACIQUE DE L'OESOPHAGE, DÉTERMINANT LA DYSPHAGIE;

Par le DOCTEUR HANNAY.

Obs. — *** âgé de 38 ans, doué de beaucoup d'activité, éprouvait, en prenant ses repas, la sensation qu'il aurait ressentie si les alimens s'étaient arrêtés au-dessus de l'extrémité inférieure du sternum, déterminant des efforts douloureux et prolonges. Cette maladie avait commencé long-temps avant par un sentiment de malaise dans la région épigastrique toutes les fois qu'il prenait des alimens. Peu à peu cette incommodité augmenta et fut même jusqu'à produire, dans les derniers temps, un sentiment de distension insupportable. Cette souffrance augmentait généralement après un repas un peu copieux et disparaissait graduellement, mais seulement après plusieurs heures. La nature des alimens n'apportait aucune modification dans l'intensité des douleurs, qui variait suivant la quantité qu'il en prenait. Le vomissement le soulageait immédiatement. L'introduction d'une sonde dans l'œsophage n'indiquait la présence d'aucun obstacle; les sons de la poitrine, par l'auscultation et la percussion, ne fournissaient rien d'anormal.

La difficulté d'avaler existait depuis l'enfance et était venue à la suite d'un coup violent reçu sur la poitrine. La santé générale du malade n'était dérangée que par les excès bachiques auxquels il se livrait souvent et qui augmentaient beaucoup ses souffrances. Aussi la tempérance était le moyen qui calmait le mieux ses douleurs. Un jour on le trouva mort deux heures après un repas copieux, comme à son ordinaire, et au bas du fauteuil dans lequel il avait l'habitude de s'asseoir après dîner.

Le cerveau ne présentait rien d'anormal, si ce n'est une forte congestion du plexus choroïde. Les poumons étaient gorgés de sang. Au-dessous du poumon droit, on trouva un long sac étendu sur l'épine dorsale se projetant dans le côté gauche de la poitrine, et distendu par du fluide. Cette dilatation de l'œsophage commençait immédiatement au point de son entrée dans la poitrine, la portion cervicale ayant conservé sa largeur normale. Dans le lieu de sa plus grande distension, qui était vers le milieu du thorax, il avait plus de 6 pouces de circonférence, lorsqu'il était rempli par un fluide. De ce point il allait en diminuant graduellement jusqu'à la hauteur du diaphragme et reprenait sa largeur ordinaire.

Les parois du tube offraient plusieurs fois leur épaisseur ordinaire, elles ne conservaient presque aucune trace du tissu musculaire, et ressemblaient à un morceau de cuir; elles étaient très-vasculaires; la muqueuse qui les recouvrait offrait des plaques d'arborisation rouge et semblait rude au toucher Quelques parties étaient lisses et paraissaient moins rouge. Il n'y avait sur aucun point de cause d'obstruction, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

L'auteur examine quelle a pu être l'influence de l'altération de l'œsophage sur la mort subite qui a surpris le sujet de cette observation, et qu'il attribue à l'apoplexie simple, c'est-à-dire à l'apoplexie qui ne laisse pas de traces organiques. Il attribue ensuite cette dilatation elle-même à l'inflammation de l'œsophage; mais les preuves qu'il apporte à l'appui de cette dernière opinion sont loin d'avoir autant de valeur qu'il le prétend. Ce qui paraît plus probable, c'est qu'un genre de lésion quelconque avait détruit la faculté contractile des muscles de ce conduit et avait consécutivement produit, par l'accumulation des substances élémentaires qui en étaient la suite, la distension énorme qu'il présentait. Dans le reste de son article, l'auteur rapproche ce fait curieux de plusieurs cas rapportés par les auteurs et avec lesquels il a quelque analogie.

EXPÉRIENCES

SUR LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU.

Par le doct. WEBER, *professeur d'anatomie à Leipzig,*

RAPPORTÉES

Par le docteur THOMPSON.

Ces expériences n'ayant encore reçu aucune publicité en Allemagne: nous allons en emprunter la connaissance au *Journal d'Édimbourg*, auquel elles ont été communiquées par le docteur Thompson. Elles ont pour but d'éclairer un fait bien connu des physiologistes, c'est-à-dire la difficulté de déterminer avec certitude la part de la sensibilité de la peau et celle du mouvement musculaire dans l'exercice du toucher. On sait que ce sens, sans la vue et sans le mouvement volontaire, serait l'un des plus imparfaits. Ainsi, on connaît la difficulté que nous avons à déterminer avec exactitude, et sans le secours de la vue, le point de la peau que l'on a touché. C'est pour éclairer ces questions ardues, que le professeur Weber a entrepris une série de nombreuses expériences, dont nous allons rapporter quelques-unes, et qui nous fournissent le moyen de mesurer avec beaucoup d'exactitude la finesse du toucher dans les différentes parties de la peau.

Dans ces expériences, le docteur Weber place les deux pointes d'un compas à des distances différentes, dans des directions et sur des parties différentes de la peau d'un individu qui ne doit ni voir ni toucher ces corps, et arrive aux propositions suivantes.

1° Suivant la distance à laquelle les deux pointes sont placées l'une de l'autre, nous pouvons éprouver la sensation, ou d'une pointe seulement, ou des deux à la fois, et sur les parties les plus sensibles de la peau, nous pouvons percevoir la double impression, bien que les deux pointes soient placés très-près l'une de l'autre, tandis que sur les parties où la sensibilité est plus obtuse, on peut éloigner les pointes à une distance considérable et n'avoir pourtant qu'une seule impression.

2° Dans beaucoup de parties du corps, on perçoit beaucoup plus facilement la distance et la situation des deux pointes qui nous touchent en même temps, lorsqu'elles sont placées parallèlement à la direction transversale, que si elles l'étaient sur la direction

longitudinale du corps. On peut répéter cette expérience sur le milieu du bras et de l'avant-bras; les deux pointes placées dans la largeur du bras, à deux pouces de distance, seront facilement distinguées l'une de l'autre, tandis que placées dans la longueur, à la même distance, et même à celle de trois pouces, elles ne produisent qu'une seule sensation.

3° Si les pointes sont placées sur des parties contiguës qui peuvent être mises en mouvement indépendamment l'une de l'autre, l'impression double est beaucoup plus clairement perçue, et les pointes semblent beaucoup plus distinctes les unes des autres que si elles étaient placées à la même distance, mais sur une seule et même partie. Dans ce cas, nous reconnaissons l'influence de la sensibilité musculaire sur le toucher.

4° Les deux pointes sont plus fortement distinguées si elles sont mises en contact avec deux surfaces de texture et d'usage différens, que quand elles sont appliquées sur une seule et même surface.

5° Si nous examinons avec attention le degré de finesse du toucher sur les différentes parties du corps, nous trouverons qu'il varie, non-seulement dans les plus grandes parties, mais aussi dans de petits espaces, dans quelques-uns desquels le sens est plus exquis, tandis que, dans d'autres très-rapprochés, il est très-obtus. Cette observation semble démontrer que les fibrilles nerveuses ne sont pas également distribuées par toute la peau.

Après avoir énoncé ces propositions et quelques autres, qui nous semblent plus connues généralement, M. Thompson passe à l'examen des variétés que présente la sensibilité de la peau dans les différentes parties du corps. Nous ne le suivrons pas dans les détails dans lesquels il entre à cette occasion. Cependant nous citerons quelques-unes des parties où les différences sont les plus prononcées.

Extrémités. Sur le milieu du bras, de la cuisse, de l'avant-bras et de la jambe, où les muscles sont prédominans, le toucher est le moins sensible. Cependant l'avant-bras est un peu plus sensible que le bras, la jambe que la cuisse, et l'avant-bras l'est plus que la jambe.

A la tête. Le cuir chevelu est la partie de la peau la moins sensible, et cependant elle l'est encore plus que celle du col. Toutes les parties de la face sont de plus en plus sensibles à mesure qu'elle se rapprochent davantage de la ligne moyenne, de la pointe du nez et de la muqueuse des lèvres. La partie la plus sensible de la langue occupe un très petit espace de quatre à six lignes carrées, placé à la pointe de cet organe.

Au tronc. La sensibilité de cette partie est moins vive que celle de la tête et des extrémités; les mamelles elles-mêmes ne jouissent pas d'un toucher très-fin.

L'une des différences les plus importantes entre le sens du toucher au tronc et celui des extrémités, c'est que sur beaucoup de parties du tronc la position horizontale ou transversale des parties ne modifie pas sensiblement le degré de sensibilité des parties sur lesquelles elles sont appliquées.

Quelques-unes de ces différences peuvent être facilement attribuées au mode de distribution des filets nerveux dans la peau; quelques autres sont tout-à-fait inexplicables; enfin, il en est qui peuvent être facilement expliquées par la sensibilité musculaire.

Ainsi la sensation interne, ou la sensibilité musculaire, en nous faisant connaître l'étendue de la contraction musculaire, nous amène à juger de la direction et de l'espace dans lequel nos membres se meuvent, et il est peu de cas où, dans le sens du toucher, la sensibilité de la peau ne soit aidée de la sensibilité musculaire.

Le professeur Weber attribue à une plus grande finesse du toucher dans le bras gauche la circonstance que beaucoup de personnes trouvent qu'un poids égal leur semble plus pesant au bras gauche qu'au bras droit. Il a aussi reconnu que cette finesse du toucher réside, non-seulement dans la main droite, mais aussi dans le pied droit.

SUR LA CÉPHALALGIE CHEZ LES JEUNES FEMMES;

Par le docteur Graves.

Le docteur Graves continue à publier le résultat de ses expériences sur quelques-uns des points les plus importans de la pathologie. Ainsi nous noterons ici quelques-unes de ses idées sur le sujet indiqué par le titre.

Il accorde que quand la céphalalgie existe chez un sujet pléthorique, le traitement ordinairement employé est convenable; se lever de bonne heure, suivre un régime, prendre beaucoup d'exercice et de temps en temps un purgatif énergique. Lorsqu'il y a une forte congestion vers la tête, on appliquera quelques sangsues au-dessous des oreilles ou plutôt aux pieds, et dans ce cas on facilitera l'écoulement du sang par un bain de pied tiède. Quelquefois même la saignée générale est utile chez les jeunes femmes très-robustes. Une jeune dame était sujette depuis plusieurs années à des attaques de céphalalgies extrêmement intenses, qui avaient résisté à tous les moyens internes et à toutes les applications externes. A la fin, le docteur Graves la saigna jusqu'à la syncope pendant un paroxysme très-intense, et elle fut délivrée de la céphalalgie non-seulement pour le moment, mais pour toujours. Chez quelques-femmes, la céphalalgie se lie à la leucorrhée, et alors la première indication est d'arrêter cet écoulement, et il conseille l'injection de nitrate d'argent pour cet objet, et en outre l'emploi des moyens propres à ramener la constitution à son état normal, s'il est probable que la leucorrhée n'est que l'effet d'un trouble général.

On voit la céphalalgie survenir chez les jeunes femmes d'un tempérament délicat et très-irritable, qui sont considérées comme des sujets nerveux, et chez lesquelles toutes les formes de l'hystérie sont constamment compliquées de céphalalgie. Chez quelques-unes, il y a congestion à la tête; chez d'autres, non; mais chez toutes l'usage des stimulans, du vin, par exemple, aggrave la maladie. Ces femmes passent souvent plusieurs nuits de suite sans sommeil; elles supportent toutes très-mal les purgatifs, les saignées, les applications de sangsues, de vésicatoires et autres moyens

analogues qui peuvent les soulager pour le moment, mais qui toujours aggravent la maladie. Une dame éprouvait depuis 25 ans une attaque d'épilepsie tous les trois ou quatre mois; un jeune praticien lui fait imprudemment une saignée, et depuis un an ses attaques lui reviennent toutes les trois ou quatre semaines.

Bien que cette céphalalgie ne soit pas dangereuse, cependant il est du devoir du médecin de chercher à diminuer la douleur qu'éprouve le malade. Voici les moyens que conseille le docteur Graves. D'abord faire des applications réfrigérantes à la tête; ensuite tenir le ventre libre au moyen de lavemens et surtout de lavemens térébenthinés; appliquer fréquemment et en grand nombre des ventouses sèches sur les tégumens des parties voisines de la tête. On donne à l'intérieur des doses considérables d'essence de térébenthine; on répète l'application de linimens stimulans sur l'abdomen et les extrémités inférieures; et enfin, lorsque les autres moyens n'ont pas réussi, on administre le nitrate d'argent à des doses considérables.

« L'utilité du nitrate d'argent et de l'essence de térébenthine m'a été suggérée, dit le docteur Graves, dans ces cas, par les bons effets que produisent ces moyens dans l'épilepsie, surtout lorsqu'elle a lieu chez des sujets nerveux et délicats, et depuis que je l'emploie dans la céphalalgie hystérique, je me rends maître d'un bien plus grand nombre de ces affections que je ne le faisais autrefois. L'essence de térébenthine convient surtout dans la période la plus violente de la maladie, et peut être administrée à la dose d'un ou de deux drachmes, que l'on répétera suivant les effets qui en résulteront. Le meilleur véhicule est l'eau froide. Chez quelques personnes, deux ou trois doses de ce médicament, administrées chaque jour, amènent une diminution de la céphalalgie et font disparaître la flatulence, en agissant modérément sur les intestins et les reins. Dans quelques cas, et surtout dans le traitement de l'épilepsie, cette médication ne peut être continuée pendant long-temps à cause de l'hématurie et de la dysurie violente qu'elle détermine. Cependant quand ces deux accidens n'ont pas d'intensité, on ne doit pas pour cela discontinuer l'emploi de ces moyens.

Quand le paroxisme a été diminué ou quand l'essence de térébenthine n'a pas apporté de soulagement, alors on peut retirer beaucoup d'avantage de l'emploi du nitrate d'argent, continué pendant cinq ou six jours de suite, à la dose d'un demi-grain quatre ou six fois par jour.

Lorsqu'il y a constipation, j'emploie une combinaison de nitrate d'argent avec de petites doses d'extrait de coloquinte; formule qui est due au docteur James Jonshon, de Londres, et que j'ai trouvée extrêmement utile, non-seulement dans les céphalalgies hystériques des jeunes femmes, mais aussi dans celles des hommes, et surtout de ceux qui sont d'une constitution délicate et adonnés aux études littéraires. »

Le docteur Graves recommande encore dans ces cas l'emploi de ventouses sèches, appliquées sur la nuque du col, entre les épaules et sur le haut de la poitrine. Il cite le fait suivant. Une dame, d'un rang élevé, éprouvait de temps en temps une forte congestion à la tête, et chacun des paroxismes était accompagné vers le déclin d'une forte propension au suicide, et même un jour il s'en fallut de peu qu'elle réussît à la mettre à exécution. Cette étrange affection fut combattue avec avantage par l'application d'une ventouse sèche, toutes les fois que les symptômes précurseurs du paroxisme apparaissent.

NOTE

SUR PLUSIEURS VERS SORTANT DE DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS;

Par M. Neilson, de Killola.

Nous donnons sans commentaire ce fait rapporté par un médecin qui pratique dans l'Inde.

Alexandre, âgé de 10 ans, vécut pendant un an dans un mauvais état de santé. Bien que son appétit n'eût éprouvé aucune diminution, il maigrissait et s'affaiblissait considérablement. Au bout de quelques mois, on vit paraître sur l'épigastre une tumeur qui, après avoir été couverte pendant plusieurs jours de cataplasmes, s'ouvrit et fournit, en même temps que deux onces de pus, un ver blanc, long d'un demi-pouce. Au bout de quelques jours cet abcès se ferma, et huit ou dix jours après un second apparut à trois pouces du premier, sur le côté droit de la poitrine. Quelques jours après il s'ouvrit et fournit également une issue et un autre ver semblable. Il est inutile de continuer ces détails. Il nous suffira de dire que depuis le moment où le premier ver avait apparu, jusqu'à l'époque où je vis le petit malade, deux mois s'écoulèrent, et que pendant ce temps cinq autres vers sortirent de la même manière. Ils étaient tous semblables au premier et vécurent quelques heures après leur sortie. Lorsque je le vis, les tégumens de la joue droite et de l'œil du même côté étaient excessivement gonflés et au bout de quelques jours un autre ver sortit de la paupière supérieure. Je soumis le malade à plusieurs médications pendant six semaines; mais les abcès continuèrent à se former sur différentes parties du tronc et des extrémités, et en tout vingt vers sortirent de son corps, et surtout du côté droit. A la fin, je lui administrai 2 grains de calomel tous les soirs, jusqu'à ce que les gencives fussent affectées, et il entra en convalescence peu de temps après. Depuis trois mois l'enfant est très-bien; il a recouvré l'embonpoint et les forces. Les vers paraissaient être des ascarides; pendant le même temps il n'en a rendu aucun par la garde-robe, et il n'a éprouvé aucun dérangement de l'estomac.

Je ne puis m'expliquer la formation de tous ces vers; soit que leurs œufs eussent été déposés par quelque moyen au-dessous de la peau, soit que l'un de ces vers eût perforé l'intestin et eût fini par se frayer une route jusqu'à la surface du corps. Je penche cependant pour la dernière opinion, en considération de la mauvaise santé de l'enfant long-temps avant leur apparition. J'ai pu, dans quelques cas, suivre la trace d'une ligne rouge d'un abcès à l'autre; mais cette ligne n'apparaissait que quand le nouvel abcès était formé. Le malade lui-même n'éprouvait aucune incommodité dans la partie et ne savait où le prochain abcès se développerait lorsqu'il n'avait pu percer à l'extérieur.

HERNIE

A TRAVERS LE TROU OBTURATEUR,

Observation communiquée

Par W. M***, chir.

Les observations de ce genre sont assez rares dans la science pour que celle-ci doive être recueillie avec intérêt.

Obs.—Une femme âgée de 64 ans était malade depuis plus de trois ans. Elle était habituellement constipée, tellement que 8 ou 10 jours se passaient souvent sans qu'elle allât à la garde-robe. Elle était accoutumée depuis sa jeunesse à travailler de l'aiguille, et rapportait son indisposition à cette occupation trop sédentaire. Outre des difficultés dans la digestion, elle se plaignait de violens maux de tête et d'un engourdissement de la jambe gauche, qui depuis allait en augmentant. Quelques semaines avant sa mort, elle fut attaquée de spasmes violens, qui revenaient d'abord seulement à longs intervalles, puis qui reparurent tous les jours, commençant d'ordinaire vers 9 heures du matin et persistant plusieurs heures. Ce fut probablement durant un de ces accès que les intestins s'échappèrent et formèrent hernie.

Je vis la malade pour la première fois le 20 février, et je continuai à la visiter avec un autre chirurgien tous les jours jusqu'à sa mort, qui arriva le 3 mars.

La constipation étant le symptôme le plus urgent à combattre, on administra des purgatifs par la bouche et en lavemens; mais sans succès. Les lavemens étaient rendus sans mélange de matières fécales, et l'estomac commença à rejeter les alimens et les médicamens. On chercha à apaiser les spasmes par l'usage des antispasmodiques, et à combattre l'irritabilité de l'estomac par un vésicatoire. Un médecin consulté avait jugé, d'après de vives douleurs ressenties par la malade dans l'aîne du côté gauche, et de fréquens besoins d'uriner, qu'il y avait une pierre dans la vessie. On sonda sans rencontrer aucun calcul, et l'on ne put découvrir non plus rien d'anormal dans la région inguinale de l'un et de l'autre côté.

La mort étant donc survenue le 3 mars, on obtint des parens la permission d'ouvrir le cadavre. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains; la vessie un peu contractée et ses parois plus épaisses que de coutume, mais ne contenant point de pierre. En suivant le trajet des intestins, on trouva cependant une petite portion de l'iléon, qui était passée à travers le trou obturateur, et avait contracté de très-fortes adhérences avec les parties voisines. La portion herniée était si petite, qu'on ne pouvait s'attendre à la découvrir par aucune investigation extérieure. Il est probable que la hernie existait depuis long-temps; mais pendant un des violens accès spasmodiques auxquels la malade était sujette, une portion plus considérable d'intestin était passée par l'ouverture, et celle-ci, rétrécie par l'inflammation, avait causé l'étranglement et la mort.

Ce cas était assurément fort obscur. Toutefois, l'auteur pense que l'engourdissement de la jambe gauche et la douleur de l'aîne, jointes à cette constipation opiniâtre et aux vomissemens de matières stercorales, auraient pu mettre sur la voie d'un diagnostic plus exact.

LUXATION

DE L'HUMÉRUS EN ARRIÈRE, SUR LE DOS DE L'OMOPLATE.

Obs. — Mary H***, âgée de 49 ans, de formes grêles et maigres, se présenta à l'hôpital de Middlesex le 4 juin dernier, dans l'après-midi, peu d'instans après un accident qui lui avait ôté tous les mouvemens du bras droit. M. Gill, chirurgien interne, ayant reconnu la nature de l'accident, appela le chirurgien de semaine, M. Arnott.

La nature de la lésion était évidente aux regards, sans qu'il fût besoin d'y appliquer le toucher. On voyait saillir la tête luxée de l'humérus sur le dos de l'omoplate, immédiatement sous l'épine de cet os; tandis qu'en avant, il y avait une dépression sous l'acromion. Le bras pendant à côté du tronc précisément comme celui du côté gauche, n'était ni en avant ni en dehors, comme l'ont représenté quelques écrivains dans la description des symptômes de cette luxation. On pouvait faire tourner la tête de l'os d'une manière sensible même à la vue, dans sa position nouvelle sur le dos de l'omoplate.

Voici comment l'accident était arrivé. Le malade cherchait à atteindre une boîte placée au-dessus d'une autre, au haut d'un bois de lit; elle avait conséquemment le bras étendu en haut et en avant, la main placée de manière à recevoir la boîte, lorsque cette boîte glissant tout-à-coup de dessus l'autre, la femme sentit son bras droit se relâcher et retomber sans force le long du corps, en même temps que la boîte tombait à terre.

La réduction se fit ainsi. La malade fut assise par terre, le côté sain appuyé contre un mur; à ce mur était fixé au niveau de l'épaule une sorte d'anneau (*a staple*), auquel s'attachait l'appareil pour fixer le tronc et l'omoplate. Au moyen d'un drap attaché autour du bras, deux aides pratiquèrent l'extension qui fut dirigée en dehors, en avant et un peu en haut, le chirurgien se tenant derrière la patiente, et empêchant l'omoplate de se porter en avant. Après quelque temps de cette manœuvre, un effort d'extension plus puissant fit rentrer la tête dans sa cavité avec le bruit ordinaire.

Une tentative de réduction avait été faite auparavant par un homme avec une serviette, et n'avait point réussi.

ANALYSE CHIMIQUE

Du sérum du sang,

Par MM. Brett et Golding-Bird.

Nous laisserons de côté les détails de l'analyse, et nous nous contenterons de donner les résultats.

Cent grains de sérum clair et limpide ont donné :

Eau,	88 grains	63
Albumine,	10	16
Matière animale particulière avec une portion d'acide lactique, mais n'offrant aucun des caractères de l'urée,		48
Chlorure de sodium,		62
Carbonate de soude résultant de la décomposition du lactate,		11
	100 grains	00

ANALYSE CHIMIQUE

Du sérum du sang et de l'urée,

Par MM. Brett et Bird, de l'hôpital Guy.

Ces recherches ont été faites dans l'intention de constater la présence ou l'absence de l'urée dans le sang des individus attaqués de la maladie de Bright, et dont l'urine, comme on le sait, contient toujours une quantité plus au moins considérable d'albumine, en même temps qu'elle a perdu une partie de l'urée qu'elle offre ordinairement. Nous allons donner d'abord le résultat de l'analyse du sérum d'un individu bien portant fourni par une expérience antérieure, comparé avec celui obtenu du sérum d'un individu malade.

	En santé.	En maladie.
Eau	88,63	92,11
Albumine,	10,16	6,68
Matière animale particulière avec une quantité d'acide lactique,	0,48	0,80
Chlorure de soude,	0,62	0,33
Carbonate de soude,	0,11	0,08
	100,00	100,00

Si ces expérimentateurs n'ont pas trouvé d'urée dans le sérum qu'ils ont examiné, ont-ils le droit de dire que l'on n'en doit jamais trouver dans cette maladie? Comment alors expliqueront-ils les cas où le docteur Christison d'Édimbourg et M. Bostock en ont trouvé des quantités assez considérables pour qu'il ne doive rester aucun doute sur la nature de la substance qu'ils avaient considérée comme de l'urée? Le cas rapporté par les expérimentateurs ci-dessus démontre seulement un fait déjà connu depuis long-temps, savoir, que l'on ne trouve pas l'urée dans le sang de tous les sujets affectés de la maladie décrite par le docteur Bright, puisque MM. Bostock et Christison n'avaient pu l'y trouver que dans un petit nombre de cas.

Nous donnons ensuite l'analyse de l'urée par les mêmes expérimentateurs; elle confirme celle déjà faite par plusieurs chimistes sur les différentes proportions d'urée dans l'urine de l'état de santé et dans celle de l'état de maladie.

	En maladie.	En santé.
Eau,	990,3125	931,05
Urée et matière soluble seulement dans l'alcool,	4,1875	22,24
Sels ammoniacaux et matière animale soluble seulement dans l'eau,	1,5000	
Acide lithique,	une trace	1,00
Albumine et mucus,	2,1875	0,32
Sulfates alcalins, phosphates et chlorures,	1,500	14,26
Phosphates terreux,	0,3125	1,03

Nous retrouvons ici les résultats déjà obtenus par MM. Christison et Gregory, et qui viennent confirmer l'importance des recherches faites par le docteur Bright.

CONTAGION DE L'ÉRYSIPÈLE;

Par G. Bury.

Cet article contient l'histoire de cinq individus qui tous demeurant dans la même maison, avec un de leurs parens, affecté d'un érysipèle de la face survenu à la suite d'une plaie, furent tous pris de la même maladie dans l'espace de quelques jours. L'histoire de chacun de ces six malades est rapportée avec détail; mais comme ils n'offrent d'intéressant que le rapprochement curieux d'une origine commune de tous ces cas, nous nous contenterons de cette courte note, terminant par quelques mots sur la maison où tous ces individus furent attaqués de cette même affection. Cette maison est située à l'extrémité d'un petit village, et paraît très-saine. Il n'y avait eu depuis long-temps dans la paroisse, qui est très-populeuse, aucun cas d'érysipèle.

OBSERVATION D'ACÉPHALIE COMPLÈTE,

Par James Bedingfield.

Obs. — Au mois de septembre dernier, l'auteur fut appelé pour extraire une portion de placenta restée dans la matrice après l'expulsion du produit de la conception. La délivrance achevée, on lui présenta à examiner deux fœtus expulsés avant son arrivée; tous deux dans un état de décomposition; il n'y avait qu'un cordon et un placenta, qui avait subi de nombreuses lacérations. L'un des enfans était parfaitement formé, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur; l'autre présentait les anomalies suivantes :

La tête manquait complètement. Une grande partie des intestins faisait saillie hors de l'ombilic, contenus dans un sac herniaire considérable. Les pieds étaient renversés en dedans, les deux clavicules manquaient, et le carpe était articulé presque à angle droit avec les deux os de l'avant-bras; en sorte que les mains offraient avec les pieds une grande analogie de forme.

L'organisation extérieure n'était pas moins défectueuse. La dissection fut faite par M. Bryan, à qui est due la description qu'on va lire.

« Il y avait absence complète de la tête, du cœur, des

poumons, du foie, de la rate, de l'estomac et du pancréas. On ne trouva non plus aucune trace des deux premières vertèbres cervicales, du sternum, des clavicules et des cartilages des côtes. Le canal intestinal commençait par un cul-de-sac et se terminait à la manière accoutumée, augmentant progressivement de largeur depuis son origine jusqu'à l'anus. Ses circonvolutions étaient principalement contenues dans un vaste sac herniaire ombilical, avec une large ouverture. Le système utérin et les organes urinaires étaient parfaitement formés. Les reins étaient plus gros que de coutume.

Le cordon, dont il ne restait que deux pouces, était attaché au sac ombilical, et contenait deux vaisseaux, une artère et une veine. Ces vaisseaux suivaient le trajet que décrit, dans l'état normal, l'artère ombilicale droite.

Voici quelle était la disposition du système artériel. L'artère iliaque droite donnait l'iliaque interne et l'iliaque externe; celle-ci fournissait l'artère crurale et l'artère du cordon. A gauche, l'artère ombilicale manquait. L'aorte abdominale envoyait aux reins deux grosses artères. L'aorte thoracique fournissait dix artérioles qui se rendaient à une petite masse à laquelle on ne put assigner de nom. Cette masse était placée à la partie supérieure de ce qui devait être la cavité gauche du thorax; elle consistait en tissu cellulaire dense, intimement uni avec les tissus voisins. Enfin l'aorte, arrivée à la partie supérieure du tronc, se bifurquait pour donner les artères des membres supérieurs; en sorte que le système artériel consistait uniquement en un vaisseau central bifurqué supérieurement et inférieurement. Les principaux troncs veineux convergeaient pour former la veine du cordon. M. Bryan regrette de n'avoir pu s'assurer de l'endroit où allait s'attacher le cordon ombilical; mais il pense que le pouvoir qui entretenait la circulation devait être en dehors du fœtus.

Il y avait cinq vertèbres cervicales. L'arc postérieur de la plus supérieure était allongé et recouvrait le canal vertébral; et sur cet arc osseux s'étendait une expansion aponévrotique provenant des muscles du dos et du cou, qui fermait complètement en-dessus ce canal, et donnait à cette extrémité du tronc une forme finie et arrondie.

Il n'y avait aucune trace de la moelle allongée, ni de la bandelette respiratoire de Ch. Bell. La moelle épinière était régulière, fournissant ses filets antérieurs et postérieurs, à la manière ordinaire; si ce n'est que les fibrilles nerveuses émergeaient de la moelle, comme si le centre d'émanation de l'influence nerveuse se trouvait près de la partie moyenne, c'est-à-dire un peu au-dessus; ainsi les supérieures se dirigeaient en montant vers les trous de sortie; les moyennes, horizontalement; les inférieures, en descendant. Le plexus brachial était formé de chaque côté par les cinq nerfs cervicaux.

Il est à regretter que l'examinateur ne se soit pas occupé de la distribution du grand sympathique.

—

RHUMATISME GOUTTEUX

GUÉRI PAR L'APPLICATION DE L'AIMANT.

Nous avons fait connaître dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE les essais tentés à Londres sur l'effet de l'application de l'aimant dans les cas de névralgies, par le docteur Blundell. Le fait suivant, dont nous allons donner l'analyse, est la suite des mêmes recherches.

OBS. — N., âgé de 15 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a quatre mois, il fut pris d'un rhumatisme goutteux dont il souffre encore aujourd'hui autant qu'au commencement, bien qu'il eût été pendant plusieurs semaines en traitement.

Le 8 juin, quand on fit la première application, il paraissait très-amaigri et offrait l'apparence générale d'une grande faiblesse produite par les longues douleurs qu'il avait éprouvées.

Il accusait une sensation de brûlure dans les articulations du coude-pied et du genou droit et dans le poignet gauche, qui offraient du gonflement et de la raideur, mais pas de rougeur; il ne marchait qu'avec la plus grande difficulté. L'état des articulations du genou et du coude-pied droit me fit préférer d'agir d'abord sur ces points, et je passai six ou huit fois l'aimant autour de ces articulations. Le malade éprouva un soulagement instantané; je lui dis de se lever et de faire deux ou 3 fois le tour de la chambre, ce qu'il exécuta aussitôt, disant que depuis quelque temps il ne s'était trouvé aussi bien. Il fut débarrassé de ses douleurs pour jusqu'au soir, passa une bonne nuit et transpira très-abondamment; il fut magnétisé tous les jours suivans jusqu'au 19 du même mois, éprouvant chaque jour le même effet de l'application de l'aimant, et ses douleurs allaient continuellement en diminuant. Enfin le 19 se trouvant très-bien, il retourna à ses travaux, et le 2 juillet il n'avait pas été repris de ses douleurs.

M. Blundell dit avoir observé deux cas exactement semblables et où le même traitement a obtenu les mêmes résultats.

GAZETTE DU 24.

MÉDECINE PRATIQUE.

—

RECHERCHES

SUR L'ANASARQUE IDIOPATHIQUE ET SON TRAITEMENT;

Par M. GENEST,

Ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Deuxième article.)

Jusqu'ici nous avons étudié l'hydropisie en général et l'anasarque en particulier dans leurs rapports avec les lésions organiques auxquelles on les attribue le plus souvent, et nous avons vu que dans un certain nombre de cas, bien que l'anasarque fût liée à la présence d'une

affection du cœur ou d'une autre viscère de l'abdomen, on devait cependant employer les moyens propres à la combattre. Maintenant allons étudier l'anasarque dans un autre ordre de faits et la considérer comme idiopathique ou comme dépendant d'une affection des reins, et nous chercherons à tirer de ces divers états des indications thérapeutiques précises.

ANASARQUE GÉNÉRALE DE LA SUSPENSION D'UNE TRANSACTION CUTANÉE HABITUELLE ET TRÈS-ABONDANTE.

Obs. III. — Le nommé Bruère, ébéniste, âgé de 28 ans, a toujours été bien portant. Il est fort et bien constitué. Depuis son enfance, il était sujet à une sueur considérable des pieds et très-incommode. Dans l'été de 1827, il se lavait constamment les pieds chaque jour avec de l'eau fraîche, afin de diminuer la quantité de la sueur et comme moyen de propreté ; mais elle persistait sans aucune diminution. A la fin d'octobre, le froid l'ayant forcé de cesser cet usage, cette transpiration cessa subitement et sans autre cause appréciable. Aussitôt après, dès les premiers jours de novembre, ses pieds commencèrent à être gonflés le soir; puis ce gonflement devint permanent et gagna les jambes, et successivement les cuisses et le tronc. Pendant ce temps, il conserva l'appétit et n'éprouva aucun symptôme général ni douleur incommode de cet état. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 29 avril 1828, où il présenta l'état suivant.

Les pieds, les jambes, les cuisses, surtout à leur partie postérieure, et tout le tronc, sont tuméfiés avec dureté de la peau, mais sans douleurs; le scrotum et les pieds sont les parties où l'édème est le plus marqué; il en existe quelques traces aussi à la face, mais on n'en trouve aucune sur les membres supérieurs, ce qui a permis au malade de continuer ses travaux jusqu'ici. La peau des parties gonflées est un peu plus colorée que celle du reste du corps; elle ne conserve pas l'impression du doigt et n'est point douloureuse à la pression. L'état général n'offre rien de notable. Le pouls n'a ni fréquence ni lenteur. Les battemens du cœur sont normaux, s'entendent très-distinctement, et n'ont pas plus d'étendue qu'à l'ordinaire. Les poumons et tous les organes contenus dans l'abdomen paraissent être dans l'état normal. On ne peut découvrir dans l'abdomen de traces d'épanchement. (Émétique en lavage; fumigations.)

Le malade est renvoyé au bout de deux ou trois jours pour cause d'insubordination.

Bien qu'à cette époque nous ayons vivement regretté qu'une malheureuse nécessité ait obligé le médecin de renvoyer ce malade avant que le traitement eût pu produire aucun effet, cependant ce fait nous semble digne d'intérêt sous d'autres rapports, et d'abord il est évident, d'après l'examen que nous fîmes du malade, qu'aucun des organes auxquels on attribue ordinairement les hydropisies, n'était affecté d'une manière sensible. Il faut donc chercher ailleurs la cause de cette anasarque, et ici il est impossible de ne pas être frappé de la singulière coïncidence de la cessation subite d'une transpiration abondante et ancienne, et de l'apparition des phénomènes de l'édème; il est même difficile de ne voir dans cette circonstance qu'une simple coïncidence et de ne pas y reconnaître un rapport de cause à effet; mais par quel mécanisme s'était faite cette espèce de métastase? comment la sérosité qui avait cessé de trouver issue par la transpiration des pieds s'était-elle infiltrée dans le tissu cellulaire? Nous ne chercherons point à nous expliquer ce phénomène, qui restera peut-être un mystère tant que l'on n'aura pas de connaissances positives sur la manière dont s'opère l'absorption interstitielle dans nos organes; mais il nous suffit pour le moment d'avoir signalé un cas d'hydropisie cellulaire qui ne pouvait être attribué à la lésion d'aucun organe important, et dont la cause s'offre naturellement à l'esprit par le rapprochement que nous venons de faire.

ÉTAT PUERPÉRAL. — SUPPRESSION SUBITE DES LOCHIES. — ANASARQUE GÉNÉRALE. — GUÉRISON.

Obs. IV. — La nommée Bourgeois, âgée de 26 ans, couturière, accouche sans accidens, le 2 novembre 1828, à l'hospice de la Maternité. Elle éprouve durant trois jours la fièvre de lait, qui n'offre pas d'intensité. Dans la nuit du dernier jour, ayant très-chaud, elle boit de suite, et par un temps très-froid, trois tasses de tisane froide. Le lendemain matin, elle se plaint de douleurs assez vives des deux côtés de l'abdomen, et qui s'étendaient presque sur la poitrine. Soixante sangsues lui sont appliquées sur l'abdomen et ne procurent qu'un médiocre soulagement; mais à l'instant même les lochies cessent complètement de couler, et dès cet instant la malade remarque un peu d'édème sur différentes parties du corps. Cependant elle demande sa sortie et l'obtient; mais à peine est-elle arrivée chez elle par un temps très-froid que ses douleurs augmentent, ainsi que l'édème, qui devient général. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 14 novembre 1828, et est couchée salle Saint-Lazare, n° 36, où elle nous offre l'état suivant.

Le 15, anasarque générale et presque uniforme sur toutes les parties du corps. On ne distingue pas de signe d'engorgement des gros troncs veineux; l'impression du doigt n'est pas conservée; la peau n'est pas douloureuse au toucher, excepté sur l'abdomen et sur la poitrine, où il y a une légère douleur qui augmente par la pression. Absence d'état fébrile; urine rare; selles liquides durant la nuit dernière; tous les organes de la poitrine et de l'abdomen paraissent dans l'état normal; l'utérus est très-peu douloureux au toucher. Un purgatif, administré ce même jour, détermine de nombreuses selles liquides et une réaction fébrile peu intense, qui se prolonge pendant plusieurs jours; mais pendant la durée de laquelle l'anasarque n'éprouve aucun changement. Cependant, sous l'influence de deux vomitifs répétés, l'état fébrile disparut, les douleurs de l'abdomen se calmèrent, et l'édème diminua aussi rapidement. La malade sortit complètement rétablie le 28 décembre.

Si, dans ce cas, l'anasarque eût occupé uniquement les membranes inférieures ou au moins eût commencé par ces parties, sans doute on n'aurait pas balancé à l'attribuer à la cause qui produit dans des circonstances analogues la *phlegmasia alba dolens*. Mais ici, rien de semblable n'a eu lieu; le gonflement a paru

aussitôt après la cessation de l'écoulement utérin et sur différentes parties du corps. Ce n'est donc ni à la lésion du cœur ou du foie, ou des veines, ni même à un état particulier de l'utérus que l'on pourrait attribuer l'apparition de l'anasarque; car ce dernier organe, examiné avec soin, n'a pas offert plus de volume que ne le comportait le temps écoulé depuis l'accouchement, et d'ailleurs il était évident que la circulation veineuse des membres inférieurs s'exerçait aussi librement que celle de toutes les autres parties du corps.

Nous avons choisi cette observation de préférence à plusieurs autres à cause de l'obscurité que pouvait jeter sur le diagnostic de cette hydropisie l'état puerpéral qu'elle compliquait; mais d'après les circonstances que nous venons de noter, il nous paraît impossible de l'attribuer à la lésion des organes auxquels on la rattache ordinairement et de méconnaître une action spéciale et non point mécanique, comme on le suppose habituellement. Cependant il nous reste un doute, et nous devons le faire connaître ici. A l'époque où nous recueillîmes cette observation et celle qui la précède, nous n'avions point connaissance des belles recherches du docteur Bright sur l'altération du rein qui se lie à l'hydropisie et est constamment accompagné de la présence dans l'urine d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine, et nous n'avons pu constater la présence ou l'absence de cette matière dans l'urine de ces deux sujets. Ce qui nous étonne, c'est que l'observation suivante empruntée à un journal anglais et recueillie récemment par le docteur Elliotson, ne fasse point mention de cette circonstance importante.

HYDROPISIE INFLAMMATOIRE.

Obs. V. — N., garçon, âgé de 16 ans, était malade depuis quatre jours, ce qu'il attribuait à ce qu'il avait marché (en novembre) dans les rues de Londres, pendant deux jours, nuds-pieds, et n'y étant point habitué. Il eut froid et fut pris bientôt d'un gonflement de la face et du scrotum. A l'époque de son admission à l'hôpital Saint-Thomas, tout le corps offrait un gonflement général, mais qui était bien plus considérable sur les extrémités inférieures. L'abdomen était volumineux et offrait de la fluctuation. La respiration était difficile et des deux côtés de la poitrine on entendait des râles sibilans, sonores et crépitans.

Avant son entrée, il avait pris une dose de calomel et de jalap. Il fut aussitôt saigné et plusieurs piqûres furent faites sur le scrotum. Il prit deux dragmes de surtartrate de potasse et dix grains de jalap. Le sang offrait peu de couenne, il s'écoula du scrotum une quantité considérable de sérosité et sans accident inflammatoire.

Au bout de quelques jours les râles crépitant et sibilant avaient disparu. Chaque jour il prenait son purgatif, et tous les symptômes se dissipèrent graduellement, et le 27, il ne restait plus qu'un peu de dyspnée et de râle sonore dans la poitrine; le 29 novembre il sortit, complètement rétabli sans autre traitement que celui indiqué, et après être resté quatorze jours à l'hôpital.

Nous ne nous arrêtons point à critiquer ici le titre d'hydropisie inflammatoires donné à cette observation. Les épithètes d'inflammatoire, sthénique, asthénique et autres analogues expriment bien plutôt l'état général du sujet qui est affecté que la nature de la maladie. Elles sont placées là comme pour servir de guide au praticien dans le choix et la durée du traitement, et non pour satisfaire la curiosité et la sévérité du diagnosticien. Cependant il faut convenir que ces expressions n'offrent point des idées assez positives pour être admises dans l'état actuel de la science.

Chez le sujet de cette observation, c'est à la face et au scrotum qu'apparaissent les premières traces de l'anasarque, qui de là gagne rapidement tout le reste du corps et même les organes externes, les poumons et le péritoine. Si une simple cause mécanique eût déterminé cette infiltration séreuse générale, ce n'est point par les parties supérieures qu'eût commencé l'édème. Attribuera-t-on cette maladie à une phlegmasie? Mais quelles étaient les parties enflammées? A-t-on vu dans cette affection les vaisseaux lymphatiques enflammés? Quelquefois, il est vrai, l'édème peut dépendre de l'inflammation et de l'oblitération des veines profondes des membres, tandis que les veines superficielles restent libres, et alors la vraie cause de l'hydropisie peut rester méconnue pendant la vie du malade; mais dans ces cas, l'édème est toujours borné au membre affecté, et persiste ordinairement jusqu'à la mort du sujet. Nous disons ordinairement, car quelquefois l'édème disparaît subitement sans que l'état du malade offre aucun changement auquel on puisse attribuer cette disparition subite. Ainsi, chez un jeune garçon de 15 ans, qui est mort il y a deux ans à la clinique de l'Hôtel-Dieu, d'une affection organique du cœur, avec une infiltration considérable de toute la moitié inférieure du corps, toute la partie supérieure du corps n'en présentait pas de trace, excepté la main, l'avant-bras et la moitié inférieure du bras droit, qui étaient énormément tuméfiés, avec cette circonstance particulière que la tuméfaction cessait subitement au milieu du bras, et qu'immédiatement au-dessus ce dernier devenait aussi grêle que de l'autre côté. L'examen des parties voisines ne fournissait aucune cause appréciable pour cet état. Quinze jours avant la mort de cet enfant l'édème du bras et de l'avant-bras disparut presque complètement, et l'autopsie faite avec soin ne démontra l'existence d'aucune cause locale. La veine brachiale était libre dans presque tout son cours et il n'y avait sur aucun point de son trajet de trace de compression. Évidemment la cause avait disparu sans laisser de traces. Nous pourrions citer beaucoup de faits analogues, mais ils n'ajouteraient rien à ce que nous savons déjà sur ce point. Nous passons à un fait différent.

SUPPRESSION DES RÈGLES; ANASARQUE GÉNÉRALE; URINES ALBUMINEUSES.

Obs. VI. — La fille Lejeune, âgée de 26 ans, blanchisseuse, d'une constitution forte, d'une stature petite, jouit habituellement d'une bonne santé. Depuis vingt mois environ elle dit éprouver un peu d'essoufflement en montant; mais jusqu'ici elle n'y avait fait aucune attention. Il y six jours, ses règles, qu'elle n'avait que depuis peu, furent subitement supprimées

à la suite d'une vive colère. La nuit suivante elle fut prise d'un édème considérable à la face, et qui depuis a gagné rapidement le reste du corps et spécialement les extrémités inférieures. Elle entre, le 16 mars 1832, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, et est couchée au numéro 8.

Le 17, face rouge, gonflée, ne conservant pas l'impression du doigt, gonflement considérable des membres inférieurs, moins marqué sur le reste du corps; aux pieds la pression du doigt est conservée, mais sur les jambes et ailleurs elle disparaît presque aussitôt; la respiration, très-fréquente et pénible, s'entend plus forte à droite qu'à gauche, avec crépitation fine et sèche dans la partie supérieure de la poitrine et des deux côtés; absence complète de douleurs; soif assez vive; pouls 84, un peu fort; selles journalières, un peu molles; l'urine, très-peu abondante, offre une couleur rouge qui semble dépendre de la présence d'un peu de sang; elle se coagule en quantité considérable par l'ébullition. (Saignée de 12 palettes; lavement de pariétaire; petit lait.)

Le 18, le caillot de la saignée est très-petit, la sérosité qui l'entoure forme au moins les trois quarts de la quantité du sang qui a été tiré. La malade se trouve mieux; elle éprouve moins d'étouffement; elle urine plus fréquemment, mais très-peu à la fois. L'urine est moins rouge qu'hier, cependant elle semble contenir autant d'albumine.

Les jours suivans, sous l'influence d'un traitement simplement expectant, l'état de la malade continue à s'améliorer et déjà l'édème avait considérablement diminué, quand le 21 elle fut prise, à la suite d'une promenade faite dans le jardin et d'un repas plus copieux que d'ordinaire, de vives coliques avec diarrhée, et le lendemain matin l'anasarque avait reparu presque comme le jour de son entrée. Néanmoins la malade, qui avait demandé sa sortie, ne voulut point rester plus long-temps à l'hôpital et sortit dans cet état.

Cette observation nous offre l'exemple d'une anasarque générale que nous aurions très-probablement considérée comme idiopathique il y a quelques années, mais sur la nature de laquelle il nous reste maintenant quelques doutes, et qui nous sont inspirés par la présence dans l'urine de l'albumine, signalée comme un signe d'une affection des reins. Quelques praticiens ont, il est vrai, révoqué en doute les conclusions que le docteur Bright a tirées de ses recherches sur la valeur de la présence de l'albumine en quantité considérable comme symptôme d'une affection des reins, uniquement fondés sur ce que, chez quelques personnes qui jouissent d'une santé parfaite on trouve habituellement de l'albumine dans leur urine; mais dans ces cas la quantité d'albumine est très-minime et ne peut être constatée qu'avec difficulté; et, d'ailleurs pense-t-on que la perte d'une aussi faible quantité d'albumine devra apporter un trouble assez notable dans l'économie pour déranger la santé? Ce fait ne prouve donc point contre les conclusions du docteur Bright, mais ajoute encore à ce qu'elles nous ont appris, puisqu'il nous démontre que la maladie des reins observée par ce dernier à une époque où elle a pris une grande intensité, peut exister pendant très-long-temps à un très faible degré; car enfin s'il n'est pas normal que l'urine contienne de l'albumine, toutes les fois que cette matière s'y trouve on aura toujours le droit d'en attribuer la présence à un trouble des fonctions, ou à une lésion de l'organe sécréteur, surtout lorsque l'examen chimique du sang y démontrera la présence d'une quantité notable d'urée, ainsi que cela est arrivé à MM. Boslock et Christison.

Ces cas forment l'immense majorité des hydropisies que l'on ne pouvait jusqu'ici rattacher rationnellement à des altérations organiques, et parmi elles nous voyons aussi celles qui surviennent à la suite de la scarlatine ainsi que des recherches toutes récentes l'ont démontré (1); et même comme on observe assez souvent cet état de l'urine chez les sujets chez lesquels une maladie organique du cœur se lie à une hydropisie, il est probable que la lésion soit fonctionnelle ou organique, du rein dont nous parlons, contribue à déterminer l'hydropisie qui a lieu dans ces cas; ainsi s'expliquerait pour nous une partie des faits que nous avons signalés dans la première série et dans lesquels on voit l'hydropisie, pendant le cours d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux survenir à une époque peu avancée de cette affection, puis disparaître avec facilité pour revenir plus tard, et qui, si elle ne disparaît pas, contribue singulièrement à hâter la fin du malade.

Bien que le nombre des cas où cette maladie des reins se manifeste soit très-grand, et rétrécisse beaucoup celui des hydropisies idiopathiques, cependant il en reste encore où l'examen le plus sévère ne peut faire constater aucune lésion appréciable, même dans la composition de l'urine, et qui nous paraissent devoir conserver le nom d'anasarques idiopathiques jusqu'à ce que les faits en aient décidé autrement. Le cas suivant nous en va offrir un exemple.

ANASARQUE GÉNÉRALE. — ABSENCE D'ALBUMINE DANS L'URINE. — GUÉRISON PAR LA RACINE CAHINÇA.

Obs. VII. — Lacrvix, âgé de 32 ans, porteur à la halle a toujours été bien portant. Le 18 septembre 1831, sans aucune cause appréciable, il présente un peu de gonflement à la face, ce qui fait dire à ses voisins qu'il engraisse. Il continue néanmoins à travailler jusqu'au 20 du même mois, qu'il en fut empêché par la gêne causée par l'édème, qui avait gagné le scrotum, les jambes et tout le reste du corps. Il entre, sans avoir fait de traitement, le 21 septembre, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 21, dans le service de M. le professeur Bouillaud, où il offre l'état suivant.

Le 22, le malade n'accuse de douleurs sur aucun point du corps; mais l'édème est général et beaucoup plus prononcé aux extrémités inférieures, qui sont distendues fortement, blanches, mais douloureuses à la pression. Aux mains et à l'avant-bras, il est aussi très-prononcé et ne garde pas l'impression du doigt; l'abdomen est mou, saillant, fluctuant, mais profondément; râle sous-crépitant des deux côtés de la poi-

(1) *Hamilton, on epidemic scarlatina*, etc. *The Edinburgh med. and surg. Journal.*

trine et inférieurement; le pouls est dur, plein, sans fréquence; le malade urine peu; il va régulièrement à la garde-robe; l'urine, soumise à l'ébullition, ne fournit aucune trace d'albumine. (Saignée de 3 palettes; chiendent; sirop de groseilles.)

Le 23, l'état du malade est le même; le pouls est aussi dur et toujours plein; il n'y a plus de râle sous-crépitant. M. Bouillaud prescrit la décoction de racine de cahinça à la dose de quatre onces pour huit onces d'eau; mais comme on ne peut se procurer immédiatement ce médicament, le malade reste jusqu'au 28 sans changement dans son état et sans traitement actif.

Le 29, le malade dit avoir éprouvé hier quelques tranchées et avoir uriné davantage. Ce matin, deux selles liquides. Du reste, sans changement notable dans son état.

Le 30, l'effet de la décoction est le même; l'édème diminue un peu.

Les jours suivans, la diminution de l'édème continue, mais très-lentement; les urines restent peu abondantes, car le malade ne remplit pas son urinoire dans les vingt-quatre heures. Les selles cessent d'être liquides et il n'y a pas de transpiration.

Le 2 octobre, la dose de racine de cahinça est portée à 6 onces, et aussitôt le malade éprouve des sueurs abondantes; il urine quatre fois plus que les jours précédens, mais avec un peu de constipation. L'édème ne diminue que très-lentement.

Le 5, une saignée de 3 palettes est faite de nouveau et n'offre pas de couenne.

Le 8, au moment de la visite, le malade se plaint d'une forte oppression, et n'offre, du reste, rien qui puisse l'expliquer, si ne n'est une intermittence très-notable du pouls, et que jusqu'alors il n'avait pas offerte; après 3, 6, 15 et même 20 pulsations, il en manque une; en examinant le cœur avec soin, on trouve que la palpitation qui correspond au battement du pouls absent manque aussi complètement. Il n'accuse aucune douleur; la région du cœur n'offre ni saillie, ni matité.

Le 9, l'intermittence du pouls persistait encore, mais était plus rare.

Le 10, il n'en restait plus de traces. Pendant ce temps, l'anasarque allait en diminuant rapidement; les urines étaient très-abondantes et n'offraient pas de traces d'albumine.

Enfin, le 22 octobre, l'édème avait complètement disparu; le malade disait se trouver aussi bien qu'avant d'être malade, si ce n'est qu'il se croyait plus maigre.

Le 25, il sortit parfaitement rétabli.

Chez le sujet de cette observation, l'examen attentif ne put faire découvrir aucun signe d'une affection des organes centraux. Cette intermittence, qu'a offert le pouls à la suite de la seconde saignée, est un phénomène que nous considérons comme purement nerveux; et, en effet, il disparut aussi subitement qu'il avait apparu.

Ce cas nous offre donc un exemple d'anasarque idiopathique, c'est-à-dire que l'on ne peut rattacher comme symptôme à une autre maladie. Plus tard peut-être trouvera-t-on quelques rapports entre cette affection et la lésion de quelque viscère important. Nous n'en nions pas la possibilité; mais ce que nous nions, c'est qu'on l'ait fait jusqu'ici.

On doit donc distinguer encore trois espèces d'anasarques : l'une symptomatique, qui dépend toujours d'une cause mécanique, et qui toujours se manifeste en premier lieu dans les parties situées au-dessous de l'obstacle relativement au cœur. Ainsi, pour les veines abdominales, ce sera toujours par les pieds et les jambes que commencera l'édème; mais si la compression agit sur les vaisseaux veineux de la portion supérieure du tronc, c'est uniquement dans les parties d'où ces veines tirent leur origine que se montrera l'édème.

Nous avons observé, dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, un cas de ce genre. Le sujet était une femme âgée de 52 ans, et qui, sans cause appréciable, avait offert graduellement un édème de toute la moitié supérieure du corps; la tête, les bras, les avant-bras et les mains, enfin la poitrine en avant et en arrière, étaient considérablement tuméfiés. Au point où l'édème de la partie supérieure cessait, ce qui avait lieu en avant et en arrière, sur une ligne correspondant à la hauteur de l'épigastre, il y avait un bourrelet assez épais, et bien que cette femme fût douée naturellement de beaucoup d'embonpoint, en voyant son corps à nu, on l'eût cru formé de deux portions de corps appartenant à deux individus différens. Tout annonçait l'obstruction de la veine cave supérieure, et l'état d'essoufflement habituel de la malade, le bruit sourd du cœur, l'engorgement de tout le système veineux supérieur, en offraient une preuve. Cependant, comme la malade sortit de l'Hôtel-Dieu à l'apparition du choléra, et que depuis, malgré ses promesses, elle ne nous a pas donné de ses nouvelles, c'est un cas incomplet. Depuis cette époque, la *Lancette* de Londres a rapporté un fait complètement analogue, et où l'autopsie est venue confirmer le diagnostic que l'on avait dû porter chez l'homme qui en fait le sujet, et avait présenté pendant sa vie les mêmes phénomènes que la femme dont nous venons de parler. On trouva à l'ouverture une dilatation énorme de l'aorte, qui avait comprimé et oblitéré la veine-cave supérieure. La circulation veineuse s'était faite au moyen de l'azygos, de la veine sous-clavière gauche et d'une veine péricardiaque, qui étaient extrêmement dilatées. Cet homme mourut subitement, ce qu'expliquait la rupture, d'une part, de la veine-cave supérieure, et, de l'autre, de la veine sous-clavière gauche, au-dessus de l'obstacle et dans la tumeur anévrismale.

L'histoire de ces deux faits curieux, et surtout l'impossibilité d'admettre une autre cause, nous permettent donc d'établir comme une loi que quand l'anasarque reste long-temps bornée à une seule partie, on doit l'attribuer à une cause locale ou mécanique. A cette espèce appartiennent nécessairement toutes les hydropisies qui compliquent une affection organique confirmée.

La seconde espèce d'anasarque est celle qui se lie soit à un dérangement fonctionnel, soit à une lésion organique de l'organe sécréteur de l'urine; cette classe d'hydropisie est encore très-nombreuse; elle comprend un grand nombre de celles que l'on attribue communément aux affections organiques commençantes; presque toutes celles qui surviennent pendant la convales-

cence de plusieurs affections cutanées et spécialement de la scarlatine ; enfin, un certain nombre de celles que l'on aurait été obligé de considérer comme idiopathiques, si la présence de l'albumine dans l'urine et de l'urée dans le sang n'avait démontré que c'est dans le rein que l'on en doit chercher la cause.

Enfin, la troisième espèce renferme celles qui ne peuvent être expliquées par aucune des causes précédentes ; c'est à cette classe d'hydropisie qu'est consacré le nom d'anasarque idiopathique.

Maintenant nous allons examiner quelles sont les différentes indications thérapeutiques qui ressortent de cette distinction.

S'il s'agit de l'anasarque de la première espèce, c'est-à-dire dépendant d'une lésion organique confirmée, si elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art, c'est surtout contre l'altération organique que l'on devra diriger le traitement, tout en ne négligeant pas cependant les moyens propres à combattre l'hydropisie, si elle est considérable, ce que nous allons indiquer tout-à-l'heure. Quand l'altération organique est au-dessus des moyens que l'art met entre nos mains, alors deux indications se présentent. La première, c'est si la nature de la maladie et l'état des forces du malade le permettent, de diminuer par de petites saignées générales la quantité de sang contenu dans l'économie ; la seconde, c'est de faciliter l'évacuation du fluide séreux contenu dans les mailles du tissu cellulaire, par de petites mouchetures qui quelquefois produisent des effets merveilleux. Les diurétiques et les sudorifiques et autres moyens dont l'action est générale sont beaucoup moins efficaces dans l'anasarque symptomatique. D'ailleurs, comme on ne peut point espérer de la faire disparaître définitivement, on ne doit combattre ce symptôme qu'autant qu'il serait incommode pour le malade, ou que, joignant son action à celle de la lésion primitive, il tendrait à la terminaison funeste.

Dans l'hydropisie qui appartient à la second classe, l'indication variera d'après les circonstances suivantes. Si l'état cachectique du sujet prouve que l'altération des reins est très-avancée et déjà au-dessus des moyens que nous pouvons lui opposer, alors l'hydropisie devra être traitée simplement comme symptomatique, et conséquemment rentre, sous ce rapport, dans le nombre des hydropisies de la première classe ; mais si l'état général du sujet n'indique pas une désorganisation aussi avancée, lors même que l'anasarque serait compliquée d'une affection organique commençante, alors on aura à traiter la maladie des reins et ensuite l'hydropisie, et dans la plupart des cas les mêmes moyens rempliront ces deux buts. Nous allons entrer dans quelques détails qui ne seront pas déplacés ici, surtout à l'occasion d'une maladie (celle des reins) qui n'a point encore été étudiée en France. Si, d'après l'origine récente de l'anasarque, d'après l'état des urines où, dans la circonstance dont nous parlons ici, on trouve quelquefois un peu de sang, d'après l'état pléthorique du sujet, d'après un sentiment de malaise récent dans la région rénale, on est porté à croire que la lésion du rein n'est que commençante, qu'elle est à sa première période ou à celle de congestion ; alors une ou deux saignées générales, plusieurs saignées locales sur les lombes et surtout par les ventouses, feront disparaître complètement et en peu de jours tous les symptômes de l'affection. L'effet de la saignée, dans ces cas, est très-remarquable. Ainsi, chez un hydropique cité par le docteur Spittal, l'urine qui, avant la saignée, offrait 1016,3 pour densité spécifique, et contenait 39,3 parties solides sur mille, marquait, après la saignée, 1019,1 pour densité et contenait 46,5 de solides sur mille.

Si l'affection est plus ancienne, s'il est probable que déjà le tissu du rein est plus ou moins profondément altéré, alors la saignée générale sera contre-indiquée ; on fera des applications fréquentes, mais peu nombreuses, de sangsues sur la région des lombes, que l'on aidera de l'action des purgatifs et de quelques diurétiques, parmi lesquels on choisira de préférence ceux qui n'ont pas une propriété stimulante, tels que le nitrate et le tartrate de potasse. On a quelquefois employé avec avantage dans ces cas la scille et la digitale, mais unies à l'opium ou à la jusquiame.

Enfin, dans une troisième période où la maladie déjà ancienne ne paraîtrait cependant pas encore incurable, aux moyens précédens on devrait joindre l'action de cautères ou de sétons appliqués dans la région la plus rapprochée du siége de la maladie.

Le traitement des cas de la troisième espèce, c'est-à-dire d'anasarque idiopathique, offre des données moins positives, mais aussi laisse un champ bien plus vaste à l'habileté du praticien. Il est cependant un certain nombre de cas où l'indication est positive, et en premier lieu nous placerons ceux où la maladie est due à une cause connue et qui persiste. Ainsi, la suppression d'une transpiration habituelle, d'une hémorrhagie, des menstrues, un changement subit et considérable dans la manière de vivre ; l'habitation dans un lieu froid et humide, etc., etc. Dans tous ces cas et beaucoup d'autres qui se présentent dans la pratique, il est évident que le médecin doit d'abord faire cesser la cause, s'il le peut. Dans d'autres cas, où la cause est ignorée, ou bien n'existe plus, quoique l'effet qu'elle a produit n'ait pas disparu, les indications sont moins positives.

Le premier but que l'on doit se proposer est l'évacuation du fluide contenu dans les interstices du tissu cellulaire, ce que l'on peut obtenir par les voies suivantes.

1° *L'évacuation par les mouchetures*, quand le sujet est débilité et l'anasarque considérable ; c'est un moyen qui peut être très-utile. Delamotte rapporte avoir guéri par ce moyen seulement et complètement, en trois jours, un jeune homme qui avait une anasarque générale considérable.

2° *L'absorption interstitielle*, que l'on active singulièrement par de petites saignées générales fréquemment répétées. On conçoit que ce moyen ne peut être employé chez tous les sujets ; mais toutes les fois que le malade est jeune, vigoureux, pléthorique, on peut être presque assuré du succès. Il convient surtout dans les cas indiqués par les auteurs sous les noms d'anasarque sthénique, inflammatoire, etc.

3° *La transpiration cutanée.* Cette voie devra être préférée chez les sujets chez lesquels l'état des forces ne permettrait pas d'employer les saignées, et ensuite suivant quelques indications particulières. Ainsi chez

une dame âgée, qui avait éprouvé antérieurement des accidens goutteux, nous fîmes disparaître en six jours et seulement avec trois bains de vapeur, un engorgement considérable d'un membre inférieur, et qui avait résisté avant à plusieurs traitemens différens. Toutes les fois qu'on pourra employer les bains de vapeur, on devra les préférer aux autres moyens, et surtout aux sudorifiques internes. Cependant, chez les individus dont la peau paraît jouir de peu d'activité, il convient de l'exciter par des substances aromatiques mêlées avec la vapeur ou en fumigation. Ainsi, Stork rapporte avoir fait disparaître en cinq jours une anasarque considérable par les fumigations de succin, chez une jeune fille chez laquelle il avait employé en vain les autres sudorifiques et plusieurs autres traitemens.

4° *Les évacuations alvines.* C'est à l'aide de ce moyen que les charlatans produisent les effets les plus merveilleux. L'immense longueur du canal intestinal, le grand nombre de substances qui agissent sur sa muqueuse, en font une des voies les plus sûres pour l'écoulement au dehors de la sérosité de l'anasarque, c'est celle qui peut être employée dans le plus grand nombre de circonstances, et nous dirons presque avec le moins d'inconvénient. Ainsi, quand un malade a été saigné une, deux ou trois fois, il est difficile d'y revenir davantage. Chez d'autres, la peau est tellement rebelle qu'on ne peut en faire un moyen de fluxion, tandis qu'il est bien peu de cas où l'on ne puisse employer les purgatifs et y revenir autant de fois qu'on le voudra. Il faut une susceptibilité particulière et bien rare du tube digestif pour qu'on ne puisse y avoir recours. Lorsqu'on combinera son action avec les autres moyens, de manière à agir sur toute l'économie sans trop fatiguer un seul organe, on en retirera les effets les plus heureux.

5° *La sécrétion urinaire* peut suffire seule pour guérir beaucoup d'anasarques idiopathiques, mais doit être dans la plus grand nombre de cas combinée à l'action des moyens indiqués ci-dessus. Les agens propres à l'exciter sont très-nombreux; ils ne réussissent pas tous également bien chez tous les individus, et il est peu d'indications générales qui puissent guider dans le choix du diurétique que l'on doit préférer; mais lorsqu'un diurétique n'aura pas produit l'effet désiré, on ne s'en tiendra pas là et l'on ne craindra pas d'en administrer un autre. C'est dans le choix du diurétique à administrer, de même que dans la préférence de telle voie sur telle autre, ou plutôt dans la combinaison des différens moyens que nous venons d'examiner, que le médecin doit faire preuve d'habileté; et il sera presqu'assuré du succès s'il n'agit point avec la timidité que l'on reproche aux médecins de notre époque, et s'il ne s'effraie pas de ces résultats fâcheux que l'on attribue à tous les moyens un peu actifs, mais qu'il ne verra point se produire s'il agit avec quelque prudence.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

RESTAURATION

DE LA VISION DANS LES CAS DE STAPHYLÔME ET D'OPACITÉ INCURABLE DE LA CORNÉE.

Dans ces cas désespérés où l'opacité incurable de l'une et de l'autre cornée laisse le malade dans une cécité absolue, quelques chirurgiens, avides de reculer les limites de l'art, ont mis en pratique le fameux précepte de Celse, et à des maux extrêmes opposé d'extrêmes remèdes. La première idée de la possibilité d'une opération fut émise en France; mais peu de chirurgiens se souviennent probablement du procédé conseillé dans le dernier siècle par Pellier. Mais c'est en Allemagne surtout que l'esprit aventureux des chirurgiens a multiplié les essais et les projets; et nous trouvons des noms justement célèbres attachés à la plupart de ces étranges imaginations. Nous ne croyons pas que rien ait encore été publié en France sur ces tentatives. Il y a cependant un grand intérêt à cette histoire, non-seulement comme étude des progrès ou si l'on veut des erreurs de l'art; mais parce que plusieurs des expériences déjà faites peuvent servir à éclairer d'autres points de la chirurgie oculaire. Nous commencerons par reproduire une analyse fort bien faite, empruntée au dernier cahier du *Medico chirurgical rewiew*.

M. Nimmo, dit le critique, a publié sur ce sujet un excellent mémoire dans lequel il s'est proposé d'exposer les moyens recommandés par les chirurgiens allemands, et d'apprécier leur valeur comparative. Nous jeterons un coup d'œil sur les opérations, qui sont au nombre de trois. La première consiste à enlever une portion de l'iris, qui adhère à la face postérieure de la cornée dans le staphylôme; la seconde, à former une pupille artificielle dans la sclérotique; la troisième, à enlever la cornée opaque et à lui substituer une cornée transparente, empruntée à quelqu'un des animaux inférieurs.

Le docteur Ammon, de Dresde, fut conduit, par des considérations qu'il n'est pas besoin de reproduire ici, à conseiller la première opération dans les cas de staphylôme. Au moyen d'un crochet, introduit dans l'œil à travers une ouverture faite dans une partie de la cornée de la sclérotique à quelque distance de la partie la plus transparente de la cornée, il proposait de détacher plus ou moins l'iris de la cornée, et par là de rendre au malade la faculté de distinguer plus aisément la lumière, sinon de voir. Il essaya sa méthode dans un cas seulement, mais sans succès; une inflammation chronique survint et rendit la cornée plus opaque qu'auparavant. M. Nimmo mentionne un autre cas dans lequel l'opération fut tentée avec peu de succès.

« A cette expérience si limitée, dit-il, je ne puis ajouter qu'un seul fait, qui encouragera peu à renouveler de pareilles tentatives. »

Obs. I. — Archibald Gilchrist, âgé de 19 ans, fut admis à l'infirmerie oculaire le 12 novembre 1832. Il déclara qu'il avait eu la petite vérole il y avait 7 ans.

Depuis cette époque, la vision était totalement perdue, et il ne lui restait que la perception de la lumière et de l'ombre. L'œil droit était totalement détruit; la cornée de l'œil gauche, affectée de staphylôme, était blanche et opaque dans les trois quarts de sa surface; une petite portion de la circonférence du côté interne et supérieur gardait une transparence partielle, en sorte qu'on apercevait l'iris en contact avec la face postérieure de la cornée et probablement adhérant avec elle. Ce cas pouvait être regardé comme décidément désespéré. Toutefois, on résolut de tenter la seule chance qui restât au malade de recouvrer un certain degré de vision, en enlevant autant que possible l'iris de derrière la portion la plus transparente de la cornée. Une petite incision fut faite à travers la partie inférieure de la cornée, et on essaya de déchirer et d'enlever la portion de l'iris déjà indiquée. On trouva qu'elle adhérait fortement à la cornée, et il ne fut pas facile de juger jusqu'où elle était séparée, l'opération ayant donné lieu à un petit écoulement de sang qui masquait la vue. L'opération ne fut suivie d'aucun symptôme fâcheux; la plaie de la cornée guérit rapidement, et le malade ne se plaignit que d'une douleur légère qui dura un ou deux jours. Pour provoquer l'absorption des portions déchirées de l'iris, on administra la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes par jour, et quand l'irritabilité qui avait suivi l'opération fut complètement apaisée, on instilla dans l'œil la solution de nitrate d'argent une fois chaque jour, afin de rendre à la cornée, autant que possible, un peu de transparence. Peu de temps après, le malade quitta l'hôpital. L'endroit où l'iris a été déchiré est toujours opaque et présente un aspect noirâtre bigarré. La vision n'en a retiré aucun profit; mais le malade croit que la perception de la lumière est un peu plus vive. On lui a recommandé de continuer quelque temps l'emploi des remèdes indiqués, et il est possible qu'il survienne quelque amélioration ultérieure.

Cette opération, infructueuse dans ces deux cas, n'est point applicable au staphylôme conique et en grappe; en sorte que nous n'avons pas grand'chose à en espérer.

Le second moyen, l'excision d'une portion de la sclérotique, a été imaginé par l'ancien Authenrieth, qui l'avait fait expérimenté des chats avec beaucoup de succès en apparence. Nous disons en apparence, car, comme il tuait les animaux au quatorzième jour, on a trouvé depuis que cette circonstance laissait douter du succès de l'opération, et qu'on ne pouvait le constater dans un si court espace de temps. Le premier chirurgien qui appliqua cette méthode à l'homme fut le docteur J. B. Müller, en ce temps chirurgien à l'hôpital ophthalmique de Rensberg. Le malade était un soldat qui, à la suite de l'ophthalmie d'Egypte, eut la cornée gauche staphylomateuse, et la droite entièrement couverte par un leucoma. L'opération n'eut point de succès; une membrane blanche, opaque, se forma graduellement sur la plaie, et le malade demeura aussi aveugle qu'auparavant. L'expérience, répétée par Beer, Himly et M. Guthrie, échoua également. Le docteur Ammon a fait plusieurs tentatives pour restaurer la vision de cette manière, et M. Nimmo a extrait trois observations de l'ouvrage de cet auteur. Nous donnons la première et la troisième comme exemples des difficultés et des résultats de l'opération.

Obs. II.—Le 18 septembre 1829, le docteur Ammon fit son premier essai pour la formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique, en présence du docteur Martini de Lubeck, du docteur Dieffenbach de Berlin, et des docteurs Hédénus et Hille de Dresde. Le malade était un enfant de 13 ans, qui avait perdu la vue peu de temps après la naissance par suite de l'ophthalmie des nouveaux-nés. La cornée de l'œil droit était staphylomateuse, celle de l'œil gauche était rendue opaque par un leucoma général, qui mettait un obstacle presque absolu à la perception de la lumière. Comme il y avait des chances d'améliorer la condition du sujet, et aucun de la rendre pire, il fut décidé de former une pupille artificielle dans la sclérotique de l'œil gauche. La paupière supérieure étant relevée par un aide, et la prunelle étant fixée par l'introduction d'un petit crochet dans la conjonctive tout proche de la circonférence de la cornée, on fit avec un couteau à cataracte une incision semi-circulaire à la conjonctive, près du bord externe de la cornée. Le lambeau fut disséqué en arrière avec des ciseaux courbes, et l'écoulement du sang, d'abord considérable, fut arrêté par de fréquentes applications d'eau froide. Le lambeau de la conjonctive étant tenu en arrière par un aide au moyen de fines pinces, le docteur Ammon saisit un couteau à lame étroite, qu'il appelle *sclérotome*, et l'enfonçant à travers la sclérotique près de la base du lambeau, le conduisit en dehors à la distance de quatre ou cinq lignes, et alors le tourna en bas de manière à former un lambeau. A ce moment le malade ayant fait de violens efforts pour se délivrer des aides qui le retenaient, l'œil échappa au crochet; le crystallin avec une quantité considérable d'humeur vitrée sortit à travers la plaie et la cornée s'affaissa. Le lambeau de la sclérotique fut alors enlevé avec les ciseaux, et on le trouva doublé dans toute son étendue par une portion de la choroïde. L'écoulement de sang qui suivit fut peu considérable, mais continua fort long-temps et finalement céda aux applications froides qu'on employa dans le but de prévenir une réaction consécutive violente.

L'opération ne fut suivie d'aucune inflammation. Dès le lendemain l'œil avait repris son volume ordinaire et était de nouveau distendu par les humeurs. Les bords de l'ouverture de la sclérotique étaient un peu tournés en-dedans, et le lambeau de la conjonctive s'était rétracté par en haut de manière à laisser à découvert une partie considérable de l'ouverture. La plaie de la conjonctive était entourée d'une ecchymose considérable. Le cinquième jour après l'opération les bords de la plaie de la sclérotique commencèrent à suppurer, et l'ouverture prit une forme alongée et rétrécie, au lieu de sa première forme quadrangulaire. Une fine sonde d'argent fut aisément introduite par la plaie; elle causa au malade une sensation désagréable, et lorsqu'on la retira, il sortit après elle un peu de liquide limpide suivi de quelques gouttes de sang. Avant qu'on l'eût introduite, le malade remarqua qu'il pouvait distinguer quelques corps volumineux placés devant lui. Il put aussi percevoir les mouvemens de la main agitée devant l'œil, mais sans pouvoir en distinguer la forme. Le lambeau de la conjonctive s'était

entièrement rétracté, et ne recouvrait aucune partie de l'ouverture.

A dater de cette période, la plaie se rétrécit graduellement ; elle se recouvrit d'une fine membrane qui devint par la suite blanche et opaque ; et voici quelle était un an après la condition du malade.

La cornée était dans sa totalité un peu plus petite qu'avant l'opération ; ceci se remarquait surtout à sa partie supérieure. L'endroit où avait été pratiquée l'opération de la *sclérotonie* présentait une cicatrice alongée, d'un aspect ordinaire, couverte par la conjonctive. Sur la cicatrice et à l'entour les vaisseaux n'étaient pas autrement disposés que dans l'état ordinaire. La sensibilité de l'œil pour la lumière n'était ni augmentée ni diminuée.

Obs. III. — Le malade était un jeune homme de dix-neuf ans, dont les yeux étaient affectés de staphylôme conique de la cornée, par suite d'une ophthalmie *puro-muqueuse* qu'il avait eue dans son enfance. Il est inutile de décrire les divers temps de l'opération, qui fut presque en tout semblable à la précédente. Immédiatement après l'opération, le malade eut une perception distincte de la lumière; l'écoulement du sang fut aisément réprimé, et le lambeau de la conjonctive promptement reporté au-dessus de l'ouverture de la sclérotique. On employa les applications réfrigérantes, et il n'y eut aucune inflammation ni du devant de l'œil, ni des paupières. Le jour suivant, on observa une hernie de l'humeur vitrée, laquelle était claire et transparente. Le lambeau de la conjonctive était roulé en arrière, et placé à la partie supérieure de l'ouverture. En peu de jours la surface de la portion d'humeur vitrée herniée commença à perdre sa transparence; elle se recouvrit d'une membrane mince et blanchâtre, sur laquelle on voyait passer de petits vaisseaux. Elle se fit par degrés de plus en plus opaque, devint continue, avec la conjonctive; et comme elle était repoussée en avant par les humeurs situées dernière elle, elle prit pour ainsi dire toutes les apparences d'un staphylôme de la choroïde. L'œil est demeuré dans cette condition, le malade affirme qu'il avait gagné un accroissement considérable de la perception de la lumière; et il a fréquemment exprimé le désir qu'on pratiquât une semblable opération sur son autre œil (1).

Il est probable que peu de malades voudront se soumettre à cette opération pour la faible chance d'un peu de vision qu'elle leur offre. Mais on essayé de la modifier de manière à obtenir une cicatrice transparente de la sclérotique. Le docteur Ammon a proposé de faire l'ablation d'une portion de sclérotique par sa la face postérieure, afin de conserver toujours la conjonctive intacte au lieu où l'on veut établir la pupille artificielle. Il pense que l'on peut arriver à ce but au moyen d'une aiguille munie d'un bord tranchant, introduite à quelque distance de l'endroit destiné pour l'ouverture de la la sclérotique, en évitant avec soin de diviser en ce point la conjonctive. Les recherches de M. Nimmo ne lui ont point appris que cette opération ait jamais est pratiquée.

Le docteur Wutzer, professeur de chirurgie à Bonn, a proposé une autre modification. L'ouverture de la sclérotique étant faite à la manière accoutumée, on disséquerait une mince pellicule de la surface de la cornée dans sa portion la plus transparente, et, la laissant attachée par un pédicule étroit, on la retournerait comme on fait pour le lambeau cutané dans la rhinoplastique ; on l'appliquerait sur l'ouverture de la sclérotique, et on l'assujettirait en place à l'aide d'une fine suture, dans l'espoir de l'y faire adhérer et de la conserver transparente. M. Nimmo n'a point appris que ce procédé ait été tenté et l'opération ne promet pas de grands résultats.

La troisième opération proposée pour remédier à l'opacité de la cornée, consiste à l'exciser et à la remplacer par une cornée transparente empruntée à quelque animal. L'idée en appartient à M. Reisinger; elle n'a jamais été tentée sur l'homme, et n'a point réussi sur les animaux. Le docteur Dieffenbach, craignant que la cornée, ainsi transplantée ne réussisse point, a proposé la modification suivante. Il ne touche point d'abord à la cornée naturelle ; mais, faisant tout à l'entour une incision qui intéresse la conjonctive, il ajuste dans cette incision le bord de la cornée d'un porc, et l'assujettit avec une fine suture. Quand l'adhésion est effectuée, il faut faire une incision à travers la cornée artificielle, et enlever une portion de la cornée opaque avec le bistouri et les ciseaux.

Le critique anglais termine son analyse par ces mots : « Nous n'avons pas besoin de soumettre ces idées à la discussion. Cette œuvre de menuisier ne saurait s'appliquer en aucune façon à des yeux de personnes vivantes. »

A cette énumération de procédés opératoires, où la hardiesse de l'imagination n'a pas toujours respecté les bornes possibles, nous ajouterons, pour compléter le mémoire de M. Nimmo, la description d'un autre procédé pour établir une cornée artificielle, proposée par Pellier, à l'imitation des obturateurs utilement employés pour réparer l'absence de la voûte palatine. On ferait donc fabriquer en cristal une cornée de la forme de la cornée ordinaire, un peu moins grande, et creusée à sa circonférence d'une rainure pour recevoir les bords de la cornée naturelle. On exciserait une grande portion de celle-ci, en suivant le manuel de l'excision ordinaire pour l'évacuation du globe de l'œil. Mais le lambeau enlevé, on aurait, soin, sans perdre un instant, de placer la cornée artificielle, qui serait encadrée par sa rainure, et n'aurait aucune tendance à s'échapper. D'ailleurs, pour plus de sécurité, on pourrait dans les premiers temps l'assujettir par deux ou trois points de suture.

Pellier discute très-sérieusement les objections qu'on peut faire à une telle opération et conclut à sa possibilité. Il est difficile de prononcer absolument; car nous ne savons pas qu'elle ait été jamais essayée ni sur les animaux, ni sur l'homme. Mais après les tentatives aventureuses des chirurgiens allemands, il est permis de dire que l'opération de Pellier est mieux raisonnée en théorie, et semble promettre des résultats plus

(1) Une autre observation, dans laquelle l'opération fut pratiquée par le professeur Ulmann, de Marbourg, est rapportée dans le second volume du *Zeitschrift für die ophthalmologie d'Ammon*, page 128. Le résultat fut semblable à celui des opérations du docteur Aumon.

satisfaisans. Nous appelons sur ce point l'attention de nos expérimentateurs.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

—

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LISFRANC.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES. — DU TOUCHER. — DE L'APPLICATION DU SPÉCULUM.

M. Lisfranc a commencé, il y quelque temps, une série de leçons à la fois cliniques et dogmatiques sur les affections des parties génitales de la femme qui sont du ressort de la chirurgie. Les longs travaux du professeur sur cette matière, et le grand nombre de femmes malades qui se pressent dans son service et qui montrent continuellement l'exemple à côté du précepte, donnent à cet enseignement un double intérêt. Nous prendrons à tâche d'en reproduire ce qui nous paraîtra le plus neuf et le plus important pour la science. Des considérations sur le toucher appliqué au diagnostic de ces affections et sur l'emploi du spéculum fourniront la matière de ce premier article.

I. — DU TOUCHER.

Les règles générales du toucher sont suffisamment connues; on sait que le plus souvent il se pratique avec le doigt indicateur, enduit d'un corps gras ou mucilagineux porté légèrement sur le périnée, et cherchant l'orifice du vagin d'avant en arrière, pour éviter le contact du clitoris; la femme debout pour que la matrice descende par son propre poids, et vêtue pour ménager sa pudeur. Mais il est de nombreux points de détail que l'on a laissés dans l'oubli, et que M. Lisfranc excelle spécialement à décrire.

Ainsi, il n'est pas indifférent d'enduire le doigt de cérat, d'huile ou de beurre, surtout quand le toucher précède l'application du spéculum. Le cérat masque les parties; le beurre, à moins qu'on ne l'ait fait fondre, laisse des grumeaux qui pourraient être pris pour toute autre chose; l'huile est donc dans tous les cas préférable.

Chez certaines femmes, le col de la matrice est tellement élevé que le doigt ne saurait l'atteindre. Ceci tient souvent au développement des grandes lèvres chez les femmes chargées d'embonpoint. Il importe alors de les placer sur un plan incliné de 26 à 30°, comme pour l'opération de la taille, ou sur le bord du lit, les jambes écartées, les pieds appuyés sur deux chaises. Le chirurgien, placé entre les cuisses, écarte avec soin les grandes lèvres, afin que la main puisse arriver directement à l'ouverture du vagin; on gagne ainsi jusqu'à un pouce. C'est dans ces cas surtout qu'il faut appliquer exactement la règle générale, qui prescrit de placer le pouce étendu et écarté entre les grandes lèvres, et les trois derniers doigts également étendus et écartés de l'indicateur entre les fesses, et contre le périnée, que le médius peut même un peu soulever. En même temps, on dit à la femme de pousser, et avec la main gauche placée à l'hypogastre, on tâche de refouler en haut les viscères et la matrice en bas.

Quelquefois il faut prescrire à la malade de marcher une heure ou deux avant le toucher. On réussit par ce moyen à abaisser suffisamment la matrice chez une femme de la salle Saint-Augustin, qui portait au col utérin un polype dont le doigt ne pouvait, avant cette précaution, atteindre le pédicule.

Dans les cas plus difficiles encore, on se trouve bien d'introduire ensemble le médius et l'indicateur. On peut encore introduire la main entière; le vagin, même hors le temps de l'accouchement, se distend suffisamment pour l'admettre. Mais il faut alors procéder avec une lenteur ménagée, et suivre d'ailleurs les règles que nous indiquerons pour l'introduction du spéculum. Du reste, à part la difficulté de l'introduction, l'exploration avec la main entière est plus facile et donne des résultats plus certains qu'avec un ou deux doigts.

Dans le toucher ordinaire, il faut toujours, à mesure que le doigt pénètre, examiner le vagin attentivement et dans toute sa longueur. Pour cela il faut le parcourir de bas en haut en exécutant avec le doigt des arcs de cercle. Il y a six ans que le professeur faillit se repentir d'avoir négligé ce précepte, chez une femme de Saint-Germain, qu'il toucha long-temps sans apercevoir un polype de la grosseur d'une noix, qui s'insérait à la partie moyenne et postérieure du vagin.

Chez les femmes scrophuleuses, en pressant en arrière ou sur les côtés du vagin, on sent parfois des bosselures produites par des ganglions lymphatiques, engorgés ou enflammés, qui donnent lieu à des accidens analogues à ceux des maladies du vagin ou de l'utérus. Il suffit d'être averti de l'erreur pour éviter d'y tomber.

Mais c'est surtout l'examen du col et du corps de l'utérus qui réclame une grande habitude et une connaissance parfaite des organes. Et d'abord, s'il s'agit d'examiner tout le contenu du col utérin, il est essentiel de toucher avec les deux mains. En effet, la pulpe du doigt introduit peut très-bien palper le vagin et le col dans l'étendue d'une demi-circonférence; mais pour palper la circonférence entière, il faudrait que le bras fît sur lui-même un mouvement complet de rotation, ce qui est impossible. Il y aurait donc, si l'on ne touchait qu'avec une main, toute une moitié du vagin et du col qui ne serait en contact qu'avec l'ongle du doigt, et il est évident que l'exploration resterait incomplète.

Le col utérin offre une foule de variétés, non-seulement chez diverses femmes, mais chez la même femme à diverses époques, et l'on conçoit de quelle importance il est de ne pas confondre ces variétés normales avec un état pathologique. Il serait impossible de les indiquer toutes. Un long exercice sur le vivant et sur le cadavre en apprendra plus que tous les préceptes. Voici cependant quelques considérations à cet égard.

A l'époque des règles, et même quelques jours plus tard, le col est plus mou et plus volumineux que de coutume; il donne la même sensation qu'à deux mois de grossesse. Il en est de même après de fréquentes relations sexuelles. Durant les règles aussi et même un

peu avant et après, l'orifice du col est assez dilaté pour admettre la phalange ungucale du doigt; elle se trouve en contact alors avec un tissu poli comme une séreuse. Dans tous ces cas, il ne faut donc conclure qu'avec une grande réserve. En tout autre temps, la dilatation du col indique une affection grave ou existante, ou imminente; si le toucher, au lieu de trouver une membrane polie, reçoit la sensation que donnerait, par exemple, la muqueuse de l'estomac, il y a certainement un état pathologique. Le col est aussi élargi lors d'une hémorrhagie ou d'un polype; mais d'autres symptômes viennent alors éclairer le diagnostic.

Il est des femmes où le col se présente naturellement sous la forme d'un cône alongé à sommet inférieur, avec une ouverture ronde et comme faite avec une vrille. Sa longueur est très-variable et peut aller jusqu'à un pouce et demi; aussi les indications données par les accoucheurs sur l'effacement du col aux diverses périodes de la grossesse sont-elles sujettes à beaucoup d'exceptions. Il ne faudrait pas prendre non plus pour un cas pathologique les cicatrices résultant des déchirures du col lors de l'accouchement. Ces cicatrices sont dures, linéaires, et donnent la sensation d'une petite planche mince, sur les côtés de laquelle on aurait réuni les deux lèvres de la plaie. Enfin, chez les vieilles femmes, le col utérin s'atrophie et se rétrécit plus encore que l'utérus même. Le vagin se resserre également à l'entour et présente dans le fond comme un cul de poule. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet important.

Enfin, souvent le col fait saillie en avant ou en arrière sans que ce soit un état maladif. La tuméfaction et la sensibilité donnent seules le droit d'en porter ce diagnostic. Ainsi toutes les femmes qui ont eu de nombreuses relations avec les hommes ont le col rejeté en arrière avec une légère antéversion de la matrice; cela tient à ce que dans le coït le gland se loge en avant du col et le repousse en haut et surtout en arrière. Il est bien connu d'ailleurs que quand la déviation du col empêche de le toucher convenablement, on peut, en changeant la position de la femme, ramener plus ou moins le col utérin à une direction plus favorable.

D'autres précautions sont nécessaires pour explorer le corps de l'utérus.

Quelques anatomistes ont cru à tort que la partie supérieure du vagin est aussi étroite que l'inférieure; M. Cruveilhier a fait voir qu'elle était d'une ampleur étonnante. Ce fait est important pour l'histoire du toucher. En effet, si l'on se borne à parcourir le vagin de bas en haut, le doigt, arrivé à l'insertion du vagin sur le col, ne pourra monter au-delà, et l'exploration du corps utérin sera pour ainsi dire impossible. Mais l'ampleur du vagin permet, en écartant le doigt d'un demi-pouce en dehors de son insertion, de refouler ses parois à une hauteur assez considérable pour pouvoir examiner, dans la plupart des cas, la moitié inférieure du corps de l'utérus. Ce refoulement peut être porté au-delà d'un pouce.

On peut joindre ici, au toucher vaginal, le toucher par le rectum et par l'hypogastre. Le toucher par le rectum demande une grande habitude; la matrice, qu'on ne touche que médiatement à travers la paroi recto-vaginale, paraît d'un volume énorme, qu'il faut savoir apprécier à sa juste valeur. On arrive par cette voie jusqu'à la moitié de la hauteur du corps utérin. Mais ce sont surtout les ligamens larges qu'on peut sentir presque à nu à travers la paroi intestinale et beaucoup mieux que par le toucher vaginal.

Le toucher par l'hypogastre est plus obscur encore; il ne peut guère servir qu'uni au toucher vaginal, pour balloter l'utérus et apprécier son volume. On retire de plus grands avantages de la réunion du toucher par le vagin et par le rectum.

Le volume du corps utérin est aussi variable que celui du col, et l'on conçoit cependant de quelle importance il est d'en juger sainement, quand un degré plus ou moins considérable de cet organe peut contre-indiquer une opération d'ailleurs nécessaire. En général, toute irritation développée dans son voisinage y appelle le sang et augmente toujours plus ou moins son volume; à plus forte raison quand le col utérin même est gravement attaqué. Les grossesses ventrales y causent un accroissement au moins d'un tiers.

Nous avons dit que la matrice s'atrophie dans la vieillesse. Si donc le col utérin réclame une opération, mais que la matrice paraisse plus développée que chez une adulte, c'est un signe d'engorgement trop considérable, et l'opération doit être différée.

Sa situation varie aussi, souvent sans qu'on en sache bien la cause. Chez les femmes qui ont eu des enfans, elle est plus basse; chez celles qui ont fréquemment cohabité avec des hommes, elle est un peu inclinée en avant, ce qui coïncide avec la déviation du col en arrière. Quant aux déplacemens plus considérables, dont la plupart des praticiens ont fait une maladie essentielle, M. Lisfranc les regarde, en général, comme un simple symptôme d'un engorgement; du moins, jusqu'à présent il n'a encore rencontré aucun fait contraire à cette doctrine. Puisque les tractions les plus légères, dit le professeur, peuvent, dans l'état normal, faire céder les ligamens et déplacer la matrice, pourquoi ces mêmes ligamens ne céderaient-ils point au poids de l'organe augmenté par l'engorgement.

Un mot, pour finir, sur les accidens du toucher. Il est des femmes, principalement en province, dont les organes génitaux, bien que sains d'ailleurs, sont doués d'une sensibilité telle que le moindre contact détermine un agacement douloureux et même une attaque de nerfs. Des bains, des lavemens narcotiques, une saignée du bras, ont réussi à M. Lisfranc à calmer cette irritabilité fâcheuse. Après un toucher qui a occasioné trop d'irritation, les mêmes moyens sont également indiqués.

II. DE L'APPLICATION DU SPÉCULUM.

Quand on ne veut juger que du volume, de la consistance, de la sensibilité du col utérin, le toucher suffit sans doute; mais pour reconnaître les excoriations, les éruptions miliaires, et enfin les limites et la nature d'ulcérations plus avancées, il faut recourir au spéculum.

Celui que M. Lisfranc préfère est le tube d'étain légèrement conique de M. Récamier, muni du mandrin à tête arrondie de M. Mélier. Seulement comme la longueur ordinaire de cinq pouces ne suffit pas chez

toutes les femmes, il a porté cette dimension à 7 pouces; et il regrette ces queues brisées de 4 à 5 pouces de long dont l'utilité est encore à démontrer. Une queue de 15 lignes de long suffit de reste pour le maniement de l'instrument et le rend beaucoup plus facile à transporter. Il est d'ailleurs des spéculums de plusieurs diamètres qu'on désigne par les numéros 1, 2 et 3.

Avant de décrire la manière de l'introduire, quelques mots d'anatomie chirurgicale ne seront pas inutiles. L'orifice extérieur du vagin ne se trouve pas, du moins chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans, dans la même direction que le vagin même. En effet la demi-circonférence postérieure de cette ouverture est constituée par un repli transversal, aplati de haut en bas, que forment par leur union la peau et la muqueuse. Ce repli qu'on nomme *la fourchette*, d'étendue variable selon les individus, mais d'autant plus considérable qu'il y a plus d'espace entre l'anus et la vulve, laisse donc au-dessus de lui, et un peu en arrière, un petit cul-de-sac, formé par la partie inférieure et postérieure du vagin. Il suit de là que si l'on présente le spéculum tout d'abord dans la direction du vagin, on tend à enfoncer ce repli qui fait obstacle, on cause de vives douleurs, et enfin on ne réussit pas. Il faut donc commencer par diriger l'instrument d'avant en arrière, et très-légèrement de bas en haut suivant une ligne qui conduirait de l'orifice du vagin à la pointe du coccyx, et quand on touche le fond de ce cul-de-sac, relever l'instrument comme pour aller directement toucher l'articulation sacro-lombaire.

Les dimensions de cet orifice vaginal sont aussi très-variables. Chez les femmes non encore défloorées, il est fermé en partie par la membrane hymen, qu'il faut respecter à moins d'indication bien positive. D'ailleurs il importe de savoir que chez les jeunes filles il est éminemment dilatable; il se prête déjà moins chez les adultes; à partir de la cessation des règles, sa rigidité va croissant; en sorte que dans un âge très-avancé, au lieu de sentir à cet orifice un anneau souple et cédant sous les doigts, on le trouve dur et craquant au moindre effort qu'on fait pour vaincre sa résistance; quelquefois même il admet à peine le petit doigt; et le vagin lui-même au lieu de ses rides habituelles, offre des parois polies et une capacité fort rétrécie. De là ces conséquences, que chez les jeunes filles, quelque étroit que paraisse l'orifice, on peut tout espérer de sa dilatabilité; que chez les adultes, il faut déjà moins y compter, et se servir d'un spéculum qui ne dépasse que peu la capacité apparente de l'orifice, plus tard enfin, il faut être très-réservé sur l'emploi du spéculum, procéder avec lenteur et précaution pour éviter des déchirures qui se cicatriseraient difficilement, et s'en tenir à un spéculum très-petit; encore M. Lisfranc s'est-il vu obligé quelquefois de préparer les parties durant huit ou dix jours en les dilatant à l'aide d'éponge préparée.

Ce sont spécialement les grandes lèvres qui contribuent en s'effaçant à l'ampliation de cet orifice et du vagin même, ainsi qu'on le voit dans l'accouchement, lorsque la tête du fœtus vient à franchir la vulve. Il faut qu'elles se prêtent de même lorsqu'un corps volumineux est introduit dans le vagin au lieu d'en sortir. Aussi l'aide chargé d'écarter les grandes lèvres lorsqu'on présente à la vulve le spéculum, doit les laisser aller sitôt que l'introduction est commencée; sans quoi il y aurait des tiraillemens, et le vagin privé de ce secours pour se dilater, offrirait à l'instrument un moins libre passage,

Il est aisé maintenant de comprendre le manuel opératoire. La femme sera couchée en travers sur son lit, les tubérosités sciatiques au niveau du bord du lit, les pieds posés sur deux chaises, les cuisses suffisamment écartées pour permettre au chirurgien de se placer entre elles; la tête soutenue par un oreiller, et un autre oreiller sous le bassin même, pour l'empêcher d'affaisser le bord du lit et pour assurer à tout le tronc une position horizontale. L'instrument doit être huilé est convenablement chauffé, si c'est en hiver; le froid métallique agirait d'une manière fâcheuse sur les parties, ferait contracter le vagin et pourrait même amener des accidens plus graves. M. Lisfranc a vu cette seule action du froid, dans des cas où l'introduction du spéculum n'avait d'ailleurs offert ni contr'indication, ni difficulté, déterminer des coliques très-douloureuses et presque tous les prodrômes d'une péritonite.

On touche préalablement pour s'assurer de la position du col et aller à sa recherche d'une manière certaine. Sans cet examen antérieur, on risque de pousser l'instrument dans une mauvaise direction, et d'être obligé plus tard, pour retrouver le col, à des mouvemens qui portent sur l'utérus et l'irritent. En outre, le toucher fait déjà reconnaître en partie les altérations du col, et surtout son volume, connaissance nécessaire pour le choix du spéculum à employer.

De la main gauche, on écarte les poils et les petites lèvres; de l'autre, on saisit le spéculum en embrassant, avec l'indicateur et le médius, la concavité de la queue, le pouce placé dans l'instrument à l'endroit où elle s'y insère, et on le présente à la vulve la queue tournée vers le mont de Vénus, pour ne faire aucun obstacle. L'introduction se fait avec lenteur. Si la fourchette a une assez longue étendue d'avant en arrière, il faut se garder d'exercer sur le périnée des tractions transversales qui la tendraient davantage; il convient, au contraire, d'attirer le périnée en arrière. Le centre de l'instrument correspondant bien au centre du vagin, on le dirige d'abord suivant une ligne qui irait du centre de l'orifice vaginal à la partie inférieure du coccyx, et quand on a pénétré à un pouce environ de profondeur, on lui fait faire un mouvement de bascule qui le ramène dans la direction de l'angle sacro-vertébral.

A mesure que le spéculum avance, la femme fait des efforts involontaires. Le vagin se révolte pour ainsi dire, presse sur le spéculum, et présente à l'extrémité de l'intrument une rosace ayant une ouverture au centre, et formée à la circonférence par les parois contractées du vagin. Ainsi, toute l'étendue de ces parois se montre perpendiculaire en face de l'observateur à mesure que le spéculum les déplisse en pénétrant. Nous avons dit que cette rosace offre un orifice au centre; c'est ce qui a lieu quand le col occupe lui-même le centre du vagin; mais s'il incline d'un côté ou de l'autre, l'orifice suit en général la même direction et se rapproche de la circonférence de la rosace; en sorte que le segment du vagin le plus étendu est presque toujours diamétralement opposé au côté où le col

est dévié. Cette particularité peut indiquer jusqu'à un certain point, à défaut d'exploration antérieure, quelle est la direction du col utérin.

Cette rosace du vagin ayant assez de ressemblance avec le col, pourrait induire en erreur; mais le col n'offre point de rides comme le vagin, et sa couleur n'est pas non plus la même. En cas d'inflammation, le col est plus brun que le vagin; dans l'état sain, au contraire, la muqueuse vaginale étant pâle, celle du col est plus pâle encore. Pour lever toute espèce de doute, il suffit de pousser légèrement la partie qui se présente avec un petit bâton à bout arrondi; si c'est le vagin, il se laisse repousser au moindre effort. Quand enfin on aperçoit le col utérin, il faut l'enclaver dans le bout du spéculum.

Quelquefois le col est tellement incliné en arrière qu'on ne peut le voir. Il faut dans ce cas retirer le spéculum d'environ un pouce, et relevant son manche en haut et en avant, diriger son autre extrémité entre la paroi postérieure du vagin et le col, de manière à relever celui-ci en avant, et à étaler sa face postérieure à l'orifice interne du spéculum. C'est ainsi, quand le col est trop volumineux pour être aperçu tout entier d'un coup d'œil, qu'on peut écarter son extrémité d'un côté ou de l'autre pour mettre à nu successivement toutes ses faces, et qu'il suffit d'incliner l'instrument dans diverses directions pour l'explorer dans toute son étendue. Toutefois ces manœuvres exigent qu'il y a ait insensibilité complète du col; autrement, elles ne seraient pas sans danger.

Quand le spéculum est convenablement placé, on peut l'assurer encore par une légère pression. On porte ensuite dans son intérieur un petit pinceau pour essuyer les parties. Le col, même dans l'état sain, est presque toujours enduit de mucus plus ou moins épais, qui pourrait masquer de petites ulcérations. Quelquefois ses lèvres molles et hypertrophiées, exactement appliquées l'une contre l'autre, cachent des ulcérations à leur face interne. Il faut, avec une sonde de femme ou un stylet boutonné, soulever la lèvre antérieure. Cela suffit souvent pour révéler aux regards des ulcérations rougeantes, ou bien encore de petits tubercules siégeant en dedans du col, qui ne sont autre chose que des polypes cellulo-vasculaires.

Pour faire toutes ces recherches, il faut, si l'on ne se sert de la lumière naturelle, que la malade soit située en face du jour, et l'opérateur s'effaçant un peu à droite laisse arriver les rayons jusqu'au fond de l'instrument. Sinon, un aide, chargé de tenir la chandelle, est placé à gauche et éclaire toutes les parties du vagin à mesure qu'on les parcourt.

On emploie aussi des spéculums à deux ou à plusieurs branches; ceux-ci doivent avoir la queue un peu longue, pour aider à l'écartement des branches. De ce qu'étant fermés, ils offrent moins de volume, on en a jugé l'introduction plus facile, et on a voulu les employer dans tous les cas. M. Lisfranc n'est pas de cet avis. L'introduction est facile à la vérité, mais l'écartement des branches se faisant à l'intérieur, dilate le vagin sans que les grandes lèvres puissent aider à son ampliation, et de là des tiraillemens douloureux. Cet écartement laisse en outre entre chaque branche un intervalle plus ou moins grand, dans lequel les parois vaginales se précipitent pour ainsi dire et masquent la vue; à moins qu'on ne porte leur dilatation à un degré énorme. Enfin, malgré toutes les précautions et l'habitude la plus consommée, il arrive souvent que les branches en se refermant pincent la muqueuse vaginale; inconvénient qu'on éviterait bien en retirant l'instrument ouvert; mais cette manœuvre est peu facile. En résumé, nous n'employons cette sorte de spéculum, dit le professeur, que lorsqu'il est besoin d'une grande dilatation à la partie supérieure du vagin; par exemple, lorsqu'il s'agit de saisir le col pour en faire l'amputation. Quant aux spéculums plus compliqués encore, M. Lisfranc n'y a jamais recours.

Quelques circonstances contre-indiquent ou rendent plus difficile l'emploi du spéculum. Tantôt l'hymen existe en totalité ou en partie, et oppose à son introduction une résistance si douloureuse, qu'à moins d'urgence bien reconnue, il faut absolument y renoncer. Si cependant il existait une maladie grave des parties internes de la génération, il serait préférable d'inciser cette membrane crucialement, et d'en enlever les lambeaux que l'introduction du spéculum et plus tard de la verge pourrait irriter et faire dégénérer. Il faut d'ailleurs alors se servir du spéculum le plus petit. Il en de même chez les vieilles femmes à raison du resserrement du vagin. Quelquefois il se forme dans ce canal des brides membraneuses. M. Lisfranc a rencontré une fois, à un pouce environ du col utérin, une membrane circulaire, espèce de diaphragme percé d'un orifice au centre, et qui faisait obstacle à la fois au toucher et au spéculum.

Plus souvent le vagin se trouve rétréci sans tiers supérieur en forme d'entonnoir; toutes les membranes participent à ce rétrécissement. Au-dessus, le canal reprend son calibre, en sorte qu'il ne représente pas mal un sablier. Cette disposition s'est offerte cinq ou six fois au professeur, et dans un cas il fut forcé, pour cautériser le col utérin, de traverser cet étroit passage avec un pinceau ténu, imbibé d'une solution de proto-nitrate-acide de mercure. Enfin, le vagin est quelquefois le siége de tumeurs qu'il faut enlever préalablement, si l'on ne peut espérer de faire glisser le speculum par dessus.

Nous avons parlé, à l'occasion du toucher, de certains cas où la vulve est tellement sensible que la présence du doigt va jusqu'à déterminer des attaques de nerfs. Il importe bien plus encore de calmer cette irritabilité avant d'appliquer le spéculum. Une vaginite est une contre-indication formelle. La présence d'ulcérations profondes du col ou du vagin exposerait à des déchirures et des hémorrhagies graves; M. Lisfranc a été témoin d'un cas de ce genre où l'introduction intempestive du spéculum détermina des déchirures énormes du vagin, une hémorrhagie incoërcible, et la mort deux heures après. Quand le col est occupé par des végétations tellement volumineuses que le spéculum ne pourrait les embrasser, son emploi est inutile. Enfin, il importe de différer l'application du spéculum dans les cas où une forte hypertrophie de l'utérus s'accompagne de subinflammation. En effet, puis qu'on ne peut cautériser ou traiter localement les excoriations et les ulcérations superficielles que quand l'engorgement a presque entièrement disparu, l'emploi

du spéculum serait inutile et ne serait pas sans inconvéniens.

GAZETTE DU 31 AOUT.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE LA PÉRIOSTITE,

CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE MÉDICAL,

Leçons cliniques faites à l'infirmerie de Dublin;

Par le professeur GRAVES.

La périostite est connue depuis l'apparition de la syphilis, cependant ce n'est que depuis que le docteur Crampton en a donné une excellente description que sa nature pathologique a été appréciée ; et ce point est de quelque importance, puisque les symptômes qui la caractérisent sont produits par les scrophules et les autres états cachectiques de la constitution aussi bien que par l'abus du mercure et d'autres médicamens. On rencontre souvent des exemples de cette maladie dus à l'action du froid ou à l'administration du mercure dans des circonstances défavorables, et, dans ce dernier cas, elle est souvent confondue avec la syphilis. Une autre erreur que l'on commet encore assez souvent c'est de la prendre pour une névralgie ou pour une hémicranie dans le cas où elle affecte un côté de la tête seulement et où elle augmente à une heure fixe, spécialement le soir. J'ai vu le carbonate de fer donné à haute dose par un médecin très-renommé pour guérir une douleur d'un côté de la tête due à l'inflammation du périoste. C'est une erreur dans laquelle on tombe facilement et que j'ai commise une fois moi-même.

Bien que le mot périostite indique seulement l'inflammation du périoste, cependant je crois que rarement cette membrane est seule affectée ; dans la plupart des cas la surface de l'os qu'elle recouvre est aussi altérée qu'elle-même, et quelquefois c'est par l'os que commence la maladie qui de là gagne le périoste.

L'organisation particulière du périoste modifie singulièrement les symptômes qui accompagnent son inflammation. Cette membrane fibreuse quoique assez mince est cependant très-forte et très-résistante ; de là la nature des douleurs souvent vives qui résultent de son extension par l'inflammation peu considérable ; fréquemment la douleur est très-forte dans des cas où à l'extérieur il n'y a presque pas d'altération appréciable, et, au contraire, elle est très-faible dans ceux où les formes extérieures ont éprouvé une modification considérable.

Un fait remarquable dans l'étude de cette maladie, c'est que dans beaucoup de cas de périostite on la voit attaquer simultanément ou successivement les parties correspondantes des os des extrémités ou les côtés correspondans des os situés sur la ligne moyenne. Ainsi, si la maladie se fixe sur un point de l'un des os de l'avant-bras, ou du bras, ou de l'omoplate, on verra les mêmes phénomènes se manifester en même temps ou à peu de jours de distance sur l'os du bras ou l'omoplate de l'autre côté. Si l'une des clavicules est affectée, l'autre le sera bientôt aussi.

Tous les os du corps peuvent être affectés de périostite, mais on l'observe plus spécialement sur ceux de la tête, sur le tibia, le fémur, le sternum et l'omoplate. Sur le sternum elle finit quelquefois par déterminer la carie de cet os et la formation d'une ouverture sur un point de son étendue. Nous en avons observé dernièrement un exemple remarquable chez un jeune homme dans cet hôpital. Chez lui on voyait à chaque battement du cœur sortir par la plaie un mélange d'air et de pus avec un bruit particulier. La périostite qui survient aux environs des articulations, s'étend souvent aux articulations elles-mêmes, et produit la périostite arthritique Ainsi, du tibia elle gagne assez fréquemment le genou ou le conde-pied, et de l'humérus ou de l'omoplate l'articulation de l'épaule. L'articulation sternale de la clavicule est le siége favori de la périostite. Aux côtés elle attaque plus fréquemment leur portion antérieure non loin du sternum ou du cartilage intercostal, et détermine quelquefois la carie des côtes, pour laquelle Cittadini a recommandé une opération particulière. Lorsque c'est l'os qui en est le siége elle se fixe presque invariablement vers la réunion du tiers moyen au tiers inférieur, et généralement sur les faces antérieure et interne. Cette observation pratique que l'on ne trouve pas dans les livres est d'une assez grande importance. Une autre circonstance qu'offre encore cette forme de la périostite, c'est que les douleurs qui sont ordinairement très-violentes ne cèdent qu'avec beaucoup de difficulté aux moyens que peut employer le médecin. Et, au reste, nous en sommes encore à connaître le traitement qui convient dans ce cas.

La forme la plus remarquable ensuite par la violence des douleurs, et une de celles qui doivent être étudiées avec le plus de soin, c'est la périostite de la tête. On peut en distinguer trois espèces. La première est très-facile à reconnaître; car les parties affectées offrent toujours une légère saillie dure, douloureuse à la pression, et la céphalalgie qui l'accompagne semble irradier de cette saillie comme d'un centre. Dans la seconde espèce, la douleur est sourde et n'est pas bornée à un seul point; mais on peut encore reconnaître la tuméfaction et l'épaississement du cuir chevelu et constater ainsi la nature de la maladie. On trouve aussi des cas où l'inflammation est répandue sur un côté du crâne, au lieu d'occuper un point distinct, et y est accompagnée de très-vives douleurs. En général, on n'éprouve pas beaucoup de difficulté à reconnaître la nature de ces deux premières espèces. Il n'en est pas de même de la troisième, dont le diagnostic est beaucoup plus obscur. Un malade, par exemple, se plaint de violente céphalalgie, d'abord avec des intermittences notables, et augmentant surtout vers le soir. La tête paraît extrêmement lourde, les yeux sont larmoyans et pesans; ils ont perdu leur vivacité ordinaire. Le malade paraît très-abattu. Il ne peut déterminer exactement la partie de la tête où il ressent la douleur. Quelquefois il indique le front; d'autres fois, l'un des côtés de la tête. On ne trouve ni tuméfaction, ni du-

reté sur aucun point du cuir chevelu. Cet état dure ainsi pendant quelque temps, puis le malade commence à perdre le repos, les rémissions deviennent plus courtes et moins complètes, et la douleur va en augmentant. Pendant le jour, elle est supportable; mais vers le soir, elle devient intolérable et ne lui permet pas de prendre une heure de repos pendant les vingt-quatre heures. Les doses les plus fortes d'opium et des autres narcotiques les plus énergiques, sont sans efficacité. Le séjour au lit, les bains, les lotions froides, les linimens narcotiques, les sangsues et même la saignée ne procurent que très-peu de soulagement, et après que vous avez épuisé toutes vos ressources, vous trouvez encore que la maladie échappe à vos efforts. Dès la première visite, d'après l'état du malade, vous êtes porté à soupçonner une affection du cerveau; vous employez le traitement antiphlogistique, et son inefficacité vous fait douter de l'exactitude de votre diagnostic. En outre, dans les cas de cette espèce (où l'on trouve de la sensibilité dans les tégumens, et où la douleur est bornée à un seul côté), il y a quelquefois un ptosis partiel d'une des paupières, ce qui jette l'alarme et fait croire à une altération du cerveau lui-même. Le ptosis, ou la chute de la paupière supérieure, est un symptôme fréquent des affections cérébrales, et conséquemment, dans les congestions à la tête, dans les fièvres et plusieurs autres maladies, on considère comme un signe fâcheux la petitesse relative de l'un des deux yeux, produite par un certain degré de ptosis. Dans ce cas, il y a bien certainement une espèce de paralysie, mais elle n'est que secondaire, et ne dépend pas du cerveau, mais de la lésion des nerfs eux-mêmes. Ainsi ce symptôme, qui est en général peu connu, ne doit donc pas inspirer des craintes dans les cas dont nous parlons ici. Mais si cette affection est si difficile à reconnaître, et si l'os offre si rarement de la sensibilité au toucher, c'est parce que la maladie est fixée sur sa surface interne et ne peut devenir manifeste qu'après un certain temps. En effet, ce n'est qu'après huit ou dix jours, quand on a tenté divers moyens sans presque aucun soulagement, que l'on découvre la sensibilité du cuir chevelu sur un point à la pression. Il n'y a pas d'autre traitement que le mercure à opposer à cette maladie. Quelque utile que soit une évacuation sanguine pour préparer le système, le mercure seul et à fortes doses pourra amener du soulagement. Donnez 1 scrupule ou 30 grains de calomel par jour, et continuez ainsi jusqu'à ce que son action sur l'organisme soit évidente. Il faudra cependant administrer ce moyen dans des proportions différentes; car il est des constitutions qui sont plus promptement affectées que d'autres. Mais il ne suffit pas que la bouche soit malade pour que le soulagement soit immédiatement obtenu, il faut continuer encore le traitement et avec énergie pendant quelque temps, et ce n'est qu'alors que la douleur et les autres symptômes disparaîtront. Nous en avons un exemple dans la salle des maladies chroniques. Un malade, affecté d'une périostite et soumis à ce traitement, avait la bouche sensiblement affectée depuis plusieurs jours, mais sans presque aucune diminution de la douleur; la dose fut doublée, et en quelques jours les douleurs avaient complètement disparu. C'est ce que l'on observe dans les cas d'iritis, lorsque, sous l'influence de l'affection de la bouche, l'iritis commence à diminuer, ou même disparaît quelquefois tout-à-fait, souvent le médecin diminue aussitôt la quantité de mercure; et cependant, quoique la bouche reste affectée, les symptômes caractéristiques de l'iritis reparaissent et vont en augmentant, si l'on s'en tient aux faibles doses de calomel. Dans ces circonstances, un médecin novice sera découragé; il n'aura plus confiance dans le mercure, puisque l'iritis est revenue quoique la bouche fût encore prise, et que l'on n'eût pas tout-à-fait cessé l'usage du calomel. Et cependant, si l'on augmente les doses de ce médicament, l'iritis disparaît de nouveau. Il est quelquefois nécessaire d'administrer le calomel d'après ces principes dans le traitement de la périostite, de l'arthritis, de la péritonite et de la pleurésie par le mercure.

Quant à la périostite qui attaque le fémur, on sait qu'il n'est pas facile de découvrir le gonflement qui l'accompagne, à cause de la profondeur à laquelle cet os est placé. D'après cette circonstance, et surtout d'après sa position, cette maladie est assez souvent prise pour une névralgie, une sciatique, etc. Cependant, après quelque temps, la tuméfaction peut être facilement distinguée; mais alors le malade a souffert des douleurs incroyables et subi une longue insomnie. J'ai connu un malade qui passa vingt nuits de suite sans reposer un instant.

La périostite du crâne prend quelquefois une forme chronique, attaquant à la fois les deux surfaces de l'os et d'une manière insidieuse. Le cas suivant, que j'ai observé dernièrement va nous en offrir un exemple remarquable.

Un jeune homme, d'une bonne constitution, et qui avait toujours joui d'une bonne santé, devint sujet à des attaques d'épilepsie qui revenaient et fréquemment et avec une grande violence. Quelque temps avant il s'était plaint de mal de tête, surtout du côté droit du front. Les convulsions du côté droit étaient plus fortes que celles du côté gauche. Il resta dans cet état pendant plusieurs mois et devint incapable de se livrer à ses occupations habituelles. Les convulsions devinrent plus fréquentes et revenaient plusieurs fois par jour. Quelques-uns de ses amis, médecins, crurent observer une proéminence dans la partie frontale du crâne et désiraient qu'une couronne de trépan fût appliquée sur ce point. En l'examinant de front on ne pouvait distinguer aucune partie saillante dans cette région; mais en le regardant de haut en bas, suivant la ligne verticale de Blumenbach, on distinguait une saillie très-visible, comme si l'os avait été poussé en entier en avant. Après sept mois de maladie, il m'appela avec le docteur Colles et M. Crampton. Nous ne pouvions consentir à l'application du trépan que demandaient ses amis, car nous ne pouvions être assurés qu'il y eût à l'intérieur, en cet endroit, une saillie de l'os qui comprimât le cerveau, et ensuite parce que nous trouvâmes que la pression sur ce point y déterminait un certain degré de sensibilité. D'ailleurs nous ne pouvions savoir s'il n'y avait pas une union intime entre le périoste interne et la dure-mère, et entre cette dernière et le cerveau. Conséquemment nous avions à craindre de déterminer l'inflammation de toutes ces

parties. Considérant ce cas comme un exemple de périostite interne, dans lequel le feuillet interne de l'os et la partie correspondante de la dure-mère étaient affectées, nous convînmes d'essayer un traitement mercuriel. Comme l'administration du mercure à l'intérieur déterminait des nausées et des vomissemens, nous prescrivîmes des frictions et nous nous réunîmes de nouveau, au bout de dix jours, lorsque déjà la bouche était affectée. On nous dit qu'il n'y avait aucune amélioration; les attaques continuaient; ses amis proclamaient que le mercure était inutile et demandaient l'application du trépan. Nous étions embarrassés. En interrogeant cependant avec soin nous trouvâmes que, bien que les attaques eussent été aussi violentes, elles avaient néanmoins perdu un peu de leur fréquence. Nous ordonnâmes la continuation du même moyen, et aussitôt que la constitution eut été complètement affectée, la maladie commença à décliner d'une manière très-sensible, et depuis trois semaines que la salivation est tout-à-fait établie il n'a éprouvé ni douleurs ni convulsions.

On peut diviser la périostite en deux espèces; la périostite diffuse et celle qui est circonscrite. La première est du ressort de la chirurgie; il nous suffit de l'avoir indiquée. La seconde, qui a été appelée circonscrite à cause du peu d'étendue qu'elle occupe ordinairement, est quelquefois due à l'action du froid, mais le plus souvent son origine peut être rapportée à quelque cause spécifique, comme le mercure, la syphilis et les scrophules. Elle est beaucoup plus fréquente que l'autre, et présente plusieurs variétés. D'abord elle peut exister sans que le périoste soit détaché de l'os qu'il recouvre. Dans ce cas, le périoste s'enflamme et s'épaissit, pendant que l'os devient plus vasculaire et augmente de volume. Pendant cette marche, qui est toujours lente, la connexion des parties augmente. De là, l'épaississement du périoste est quelquefois considérable et forme avec le temps une tumeur que l'on pourrait prendre, au toucher, pour un os. A cette époque de l'inflammation la partie est tendue et douloureuse, quelquefois même la peau est gonflée et décolorée; cependant peu à peu les symptômes perdent de leur intensité. La douleur diminue mais ne cesse pas tout-à fait; c'est à cette époque que le périoste acquiert plus d'intensité et semble quelquefois converti en du tissu fibro-cartilagineux. Dans quelques cas on pourra espérer de voir ce tissu disparaître sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé; cependant, dans la plupart de ces cas, quand une fois il est arrivé à cet état d'induration, il persiste pendant toute la vie ou même passe à l'état osseux. Il est curieux d'observer la marche qu'il suit dans cette dernière modification. L'ossification commence dans le périoste épaissi et forme une masse osseuse circonscrite, qui s'élève de la surface de l'os sous-jacent. Avec le temps, la lame externe de l'os véritable est absorbée et la masse osseuse finit par devenir continue avec l'os, sur lequel elle forme une espèce d'orifice. Lorsque cette affection attaque différentes parties du même membre, il en résulte une difformité considérable. Chacune d'elles, en effet, détermine la formation de plusieurs élévations partielles et irrégulières, qui émoussent ses bords et remplissent ses cavités naturelles; en sorte que souvent il conserve à peine quelques traces de sa conformation primitive; circonstances que l'on observe fréquemment sur le tibia des sujets syphilitiques.

La seconde forme de la périoste, dans laquelle le périoste se détache de la surface de l'os qu'il recouvre, offre plusieurs variétés. Dans la première, dans un espace de temps qui varie de 24 heures à 8 ou 10 jours, paraît une élévation sur un point quelconque d'un os, sensible à la pression, et qui offre au toucher la dureté d'une substance solide. Cependant, en examinant plus attentivement, on y découvre un certain degré d'élasticité. Dans la seconde période de cette variété on voit diminuer graduellement et le gonflement et la sensibilité; le fluide qui était épanché sous le périoste est absorbé et l'os sous-jacent et cette membrane recouvrent leur adhérence première. Le développement de ces phénomènes demande quelque temps; mais il est des cas où les choses se passent avec plus de rapidité. De cette nature, sont les tumeurs qui naissent et disparaissent avec tant de rapidité, sur le crâne et ailleurs, et cèdent promptement à l'action des sangsues et des vésicatoires, et, après avoir duré plusieurs semaines ou même plusieurs mois, ne laissent aucune trace de leur existence.

Cette variété n'est pas nécessairement accompagnée de l'ulcération de la peau; mais il y a des cas dans lesquels l'effusion du liquide détermine l'augmentation de la vascularité à la surface de l'os. Le liquide épanché se fraie à la longue une sortie par l'ulcération du tégument, et la nature effectue la guérison au moyen de granulations qui, s'élevant de la surface vasculaire de l'os, s'unissent à des granulations du périoste et des tégumens, et réparent en partie la perte de substance.

Dans une autre variété, du pus s'amasse sous le périoste, et la surface de l'os qui correspond à ce point ne tarde pas à s'exfolier et à se frayer un passage par l'ulcération des tégumens, et la guérison a lieu comme dans le cas précédent. Quelquefois le séquestre n'est pas rejeté tout-à-coup, mais perforé (par l'absorption sans doute), il se laisse pénétrer par les bourgeons charnus et finit par être ainsi complètement désorganisé. Telles sont les principales variétés de la périostite. Il y a encore celle qui dépend des scrophules, mais comme l'os est toujours affecté en même temps que le périoste, il est évident qu'on ne peut lui consacrer ce nom. On voit encore le périoste s'affecter chez quelques individus mal portans et cachectiques, à la suite de l'ulcération de la peau dans quelques affections cutanées; mais ce n'est point ici le lieu de s'en occuper.

Si nous voulons déterminer les causes de la périostite, nous les trouverons souvent dans certains poisons spécifiques, tels que le mercure, les scrophules, la syphilis. On trouve fréquemment dans la salle de chirurgie, l'occasion de se familiariser avec les signes caractéristiques de la forme qui dépend du scrophule. Ses symptômes ont généralement moins de gravité; on l'observe plus fréquemment chez des enfans chez lesquels on peut rarement soupçonner l'action des causes syphilitiques ou mercurielles. Mais lorsque cette affection se présente à un âge plus avancé, on est quelquefois embarrassé pour décider si elle est produite par la syphilis ou par le mercure. Cependant lorsqu'un ma-

lade affecté de périostite a employé le mercure contre des accidens primitifs ou secondaires et a été guéri; que huit, ou quinze jours, ou même un mois après, il s'est exposé au froid et que la périostite s'est développée simultanément sur un grand nombre de points et sur des parties correspondantes des membres, on doit penser que la périostite est mercurielle. Mais le cas le plus embarrassant est celui où l'on peut supposer la combinaison de deux cas à la fois. On rencontre souvent des personnes d'un âge avancé qui ont eu plusieurs affections vénériennes et ont subi aussi plusieurs traitemens mercuriels; car le temps n'est pas loin encore où l'on employait le mercure avec une opiniâtreté qui heureusement est rare aujourd'hui. Dans les salles de l'hôpital de Locke (à Dublin), on calculait toujours la marche du malade vers la guérison en proportion des pintes de liquide qu'il crachait par jour. On voit dans la nombreuse collection de crânes conservée à Leyde des personnes mortes dans le dernier siècle des ravages qu'à faits le mercure sur le tissu osseux. Il est sans doute inutile d'apporter les preuves de l'opinion que le mercure peut seul déterminer l'affection du périoste. Dernièrement nous avions ici à l'hôpital un homme qui fut traité d'une affection du foie par le mercure. Il sortit, et 8 jours après il rentra avec une périostite. Le docteur Lendrick a observé un cas d'empoisonnement par le sublimé corrosif dans lequel la pompe et les blancs d'œufs sauvèrent la vie de l'individu, mais ne l'empêchèrent pas d'éprouver une violente périostite.

Le traitement de la périostite doit être local ou général. Lorsque la maladie est récente et l'inflammation circonscrite, on employera avec beaucoup d'avantages l'application de sangsues et de vésicatoires pansés avec l'onguent de Sabine. Si les vésicatoires ne produisent pas l'effet désiré, on doit appliquer un emplâtre émétisé. On voit ce moyen réussir dans des cas où les vésicatoires avaient échoué. Dans les cas opiniâtres on suivra la méthode de M. Crampton, en pratiquant une incision qui pénètre jusqu'à l'os. Lorsqu'il survient une plaie, qu'il s'en écoule du pus et que l'on distingue au fond des bourgeons charnus, pâles et de mauvaise apparence, ou sur un fragment d'os qui doit être détaché, on introduira un cylindre de nitrate d'argent et on touchera chaque jour, non la totalité, mais une partie seulement de la surface de la plaie, et l'on remarquera bientôt une rapide amélioration. Ce traitement a été proposé par M. Nichol; on peut en trouver les détails dans le *Journal médical et chirurgical d'Édimbourg.*

Quant au traitement général de la périostite, lorsque la constitution est forte et qu'il n'y a aucune raison de ne pas employer le mercure, c'est de ce médicament que l'on doit attendre le soulagement le plus prompt et le plus certain, pourvu que son usage ait été précédé des évacuations sanguines. Lors même que la maladie se développe à la suite d'un traitement mercuriel et est causée par la syphilis, l'administration rapide du mercure est encore le meilleur moyen si les symptômes sont violens et la constitution forte. Ce moyen convient surtout dans la périostite douloureuse du crâne que nous avons décrite, et qui cède rarement à aucun autre traitement, et dans les cas où la périostite attaque le corps du fémur. Dans ces deux circonstances, la mercurialisation, pour être efficace, doit être portée jusqu'à la salivation, et continuée trois ou quatre jours après que cet accident s'est développé, quoique souvent la maladie cède avant la salivation. Lorsque les symptômes sont moins violens, on peut se contenter de prescrire les pilules de Plummer et les pilules bleues. Chez les personnes délicates chez lesquelles la maladie fait de grands ravages et ne cède à aucun autre moyen, le sublimé corrosif ou le sirop végétal de Velno réussit quelquefois, on ne doit point cependant oublier que l'emploi du mercure chez les malades de l'hôpital est sujet à un très-grave inconvénient; car lorsqu'ils en sortent, ils sont presque nécessairement exposés au froid et à la fatigue, et éprouvent en conséquences des rechutes fâcheuses. Chez les riches, on peut éviter facilement ces accidens.

Après le mercure, les moyens les plus efficaces sont le colchique et le tartre émétique; on obtient un effet très-puissant, après les émissions sanguines, de l'emploi du colchique, par exemple, le vin des semences de colchique combiné aux narcotiques, telles que la liqueur sédative de Bottley ou les gouttes noires, unies à la magnésie. Après ce moyen viennent les différentes préparations d'antimoine, parmi lesquelles le vin d'antimoine et les poudres de James méritent la préférence. On ne peut continuer ces préparations avec le colchique à cause de leur effet sur l'estomac; mais on peut très-bien les associer aux narcotiques. Pendant toute la durée de la maladie, on doit employer les narcotiques, mais avec réserve; ils diminuent la douleur. Lorsque la maladie devient chronique, on doit avoir recours à la salseparcille unie à l'acide nitrique. Ce dernier ajoute à l'efficacité de la salsepareille, quoique nous ignorions par quelle propriété. Ainsi, trois modes de traitement pour la périostite: 1° par le mercure; lorsqu'on peut l'employer, c'est le plus efficace et le plus prompt. 2° Par les antiphlogistiques, les saignées générales et locales, le colchique, les antimoniaux et les narcotiques. 3° Le traitement pour la périostite chronique par la salsepareille avec l'acide nitrique, les narcotiques, le changement d'air et le temps.

—

— La rougeole fait depuis quelque temps d'assez grands ravages dans plusieurs quartiers de Paris; on cite une maison du quartier du Temple dont quatorze locataires sur seize sont atteints de cette épidemie.

CHIRURGIE PRATIQUE.

—

NOTE SUR LA FISSURE A L'ANUS,

Par Gossement, *chirurgien à Arcis-sur-Aube.*

La fissure à l'anus, quoique traitée par M. Mérat dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*; par M. Boyer, dans son ouvrage sur les maladies chirurgicales, et par d'autres médecins dans divers jour-

naux de médecine, ne m'en a pas moins paru susceptible d'une nouvelle investigation relativement aux causes qui peuvent l'occasioner et sous le rapport de son traitement.

Sans rappeler les causes déjà connues, j'en signalerai deux dont, je crois, on ne s'est pas occupé.

La première résulte de la brûlure à la marge de l'anus, brûlure intéressant la muqueuse et suivie d'une cicatrice rigide, parcheminée, opposant une résistance douloureuse au passage des matières; mais cette douleur qui, dans ce cas, n'est que l'effet d'un manque d'ampliation de l'anus, est aussi bien souvent produite par sa fissure; c'est pourquoi j'ai cru devoir signaler la différence de ces deux états résultant d'un même accident; deux fois je l'ai rencontrée dans la première année de la vie, et une fois la fissure en a été la suite.

La seconde beaucoup plus commune, et qui a été vaguement signalée par les auteurs, consiste dans les dartres qui ont leur siége sur ces parties et pénètrent dans l'intestin : soit qu'envahissant la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux, elles produisent un gonflement assez considérable pour faire obstacle à la dilatation du sphincter, soit qu'elles y déterminent de la sécheresse, de la rigidité, enfin un véritable rétrécissement; soit qu'elles produisent elles-mêmes une fissure, soit enfin qu'elles agissent comme une simple irritation qui, dans ce cas, sera presque toujours accompagnée de la constriction spasmodique du sphincter.

Aux causes mécaniques de la fissure, il faut donc en ajouter d'autres qui ressortent de l'état pathologique de ces parties, et qui par leur nature peuvent, après la guérison de la fissure, déterminer la récidive de cette maladie dans un autre point, d'où on tirera la conséquence qu'il ne suffit pas toujours de guérir celle-ci, mais qu'il faut encore attaquer la cause qui l'a fait naître.

Les saignées locales, les bains, les purgatifs répétés, les embrocations narcotiques, les mèches introduites dans le rectum, sont des moyens simplement palliatifs; récemment on a employé la pommade de belladone; enfin presque toujours il a fallu recourir à la section du sphincter.

Je me suis demandé à quelles causes il pouvait appartenir qu'une plaie longue et étroite, qui semble être par sa forme dans les meilleurs conditions de cicatrisation, résistât avec autant d'opiniâtreté à tous les moyens de traitement; la solution de cette question m'a paru simple et m'a mis sur la voie d'un nouveau procédé.

En effet, le sphincter est un muscle orbiculaire, en partie soumis aux nerfs de la moelle épinière, en partie au grand sympathique.

Comme soumis aux nerfs de la vie organique, il a la propriété de se contracter, de se resserrer sous l'influence de toute irritation mécanique ou chimique de la membrane qui le revêt intérieurement. Cette contraction sera d'autant plus forte et plus prolongée que la cause agira plus long-temps, et sur une partie plus enflammée, c'est ainsi que j'explique la constriction spasmodique sans fissure. Cela peut avoir lieu, comme je l'ai dit, dans les dartres; cela existe d'une manière passagère dans la dyssenterie.

Mais si cet anneau musculaire peut se resserrer ainsi sous l'influence des causes que je viens de signaler, que n'arrivera-t-il pas lorsqu'il existe une fissure qui est elle-même une cause pathologique permanente de cette constriction, et reçoit sans cesse, des causes qui l'entretiennent, un nouveau surcroît d'activite? Cette constriction n'est donc que le symptôme d'une irritation avec ou sans solution de continuité.

Peut-elle avoir lieu spasmodiquement sans autre lésion que celle de la sensibilité, comme l'œsophage se refuse quelquefois au passage de certains alimens?

On m'objectera peut-être que, si la constriction dépendait entièrement de la fissure, beaucoup d'autres plaies et celles résultant de l'opération devraient donner lieu au même phénomène.

Discutons en peu de mots la différence qui existe entre ces trois états.

D'abord une plaie, une ulcération ayant plus de surface que de profondeur, tendra à se cicatriser par la production de bourgeons charnus sur tous les points de son étendue. Cette ulcération est peu sensible dans cet état, les extrémités nerveuses étant en quelque sorte protégées par le développement de ces bourgeons celluleux. Si elle est moins sensible que la muqueuse enflammée, moins sensible que sa fissure, elle ne renferme donc pas au même degré les causes de la constriction spasmodique que déterminent les deux cas opposés.

La fissure, au contraire, doit par sa forme tendre à la réunion primitive par la sécrétion d'un fluide albumineux; mais ce nouveau produit n'a pas le temps de s'organiser; soumise aux tiraillemens du sphincter pendant sa dilatation, la fissure doit, comme toute plaie dont on troublerait sans cesse la cicatrisation par une réunion de causes semblables à celles qui agissent dans ce cas, acquérir le degré d'inflammation, de sensibilité que l'on y observe, et peut même, après un temps plus ou moins long, revêtir le caractère cancéreux.

Après l'opération, le sphincter, coupé dans un point de sa circonférence, manque de point d'appui pour se contracter; il semble ne plus opérer qu'une simple rétraction; la plaie qui résulte de sa section est d'ailleurs recente et de bonne nature; elle n'est pas continuellement tiraillée par la constriction de ce muscle; elle n'est plus le siége de cette sensibilité exagérée qui s'oppose à la cicatrisation des plaies; et elle doit naturellement marcher à la guérison. Je pensai donc que si l'on pouvait détruire une partie des causes que j'ai signalées pendant un temps suffisant pour que la cicatrisation s'opérât; modifier, lorsque la maladie serait plus rebelle, la vitalité des parties par la cautérisation, on épargnerait aux malades la douleur d'une opération et l'on arriverait au même résultat en un temps beaucoup plus court.

Voici le procédé bien simple dont j'ai recommandé l'usage et qui fut suivi d'un succès complet.

Lorsque le malade éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, il doit pincer modérément avec deux doigts une portion de peau équivalant à peu près au sixième de la circonférence de l'anus, et comprendre dans ce pli la fissure; en même temps il presse de dedans en dehors de manière à élargir l'orifice anal, et à former

au sphincter un nouveau point d'appui qui ne porte pas sur la fissure, ne permette à ce muscle qu'une très-faible dilatation dans sa partie comprise entre les doigts, et empêche en même temps la muqueuse où siège la fissure d'obéir à ses mouvemens.

Cette petite manœuvre, qui comprend en elle beaucoup de choses, est d'une exécution si facile qu'il suffit de l'indiquer au malade pour qu'il la pratique aussitôt dans la perfection, et sa satisfaction est complète lorsqu'il n'éprouve plus ni la douleur déchirante qui accompagne la défécation, ni celle qui lui succède. Plusieurs fois dans ma pratique j'ai conseillé ce moyen, et la guérison a eu lieu du huitième au douzième jour.

Il y a peu de temps, je fus consulté pour des hémorrhoïdes que le malade disait avoir depuis longtemps. La visite de ces parties me fit découvrir une fissure profonde dont les bords arrondis, présentant l'aspect du bout du doigt, auraient pu faire croire à l'existence d'un bouton hémorrhoïdal enflammé. Cette fistule existait depuis six mois environ. Je prescrivis au malade le procédé que j'ai indiqué, et fis en même temps frictionner l'orifice anal avec la pommade de belladone; il en obtint quelque soulagement, mais un mois s'écoula et la cicatrice ne s'opérait pas. Pensant alors que peut-être quelques callosités étaient la cause de la non-réunion, je visitai de nouveau les parties, et cautérisai avec la pierre infernale taillée en coin les bords et toute la profondeur de cette fissure. Deux jours après, je répétai la même opération, et huit jours s'étaient à peine écoulés que la réunion était parfaite.

Récemment j'ai trouvé de nouveau l'occasion d'employer la cautérisation par le nitrate d'argent. La fissure n'existait que depuis un mois au plus; aussi une seule cautérisation a suffi, et deux jours après le malade n'éprouvait plus de douleur.

Je pense que l'on peut considérer ici, non-seulement le nitrate d'argent comme agent modificateur des tissus, mais l'escarre comme corps préservatif de l'action irritante des matières fécales; et qu'il faut dans tous les cas faire concourir au traitement, d'une part, la cautérisation employée une ou plusieurs fois selon l'ancienneté, l'étendue et la profondeur de la fissure, selon qu'elle est environnée ou non de callosités, et d'autre part le maintien de la fissure, pour rendre nulle l'action du sphyncter sur cette plaie pendant la défécation, qui d'ailleurs se répète peu souvent, le malade étant mis à la diète.

Dans les deux observations que j'ai citées, les malades ont continué à maintenir la fissure entre leurs doigts lorsqu'ils allaient du ventre jusqu'à ce que la cicatrice eût acquis assez de solidité.

Sans doute il ne sera pas nécessaire pour inviter les praticiens à employer la cautérisation par le nitrate d'argent, de comparer l'innocuité de ce traitement, la facilité de son application, le peu de douleur qu'il cause, la promptitude de la guérison, aux douleurs de l'opération par l'instrument tranchant, aux dangers qu'elle peut faire courir aux malades, employée par des mains peu exercées, au terme toujours assez long de la cicatrisation; surtout si l'on ajoute que des malades pusillanimes conservent pendant plusieurs années une fissure qui est souvent l'élément d'une maladie plus grave, et ne se décident à subir l'opération que lorsqu'ils sont vaincus par des souffrances qui les conduisent lentement à la mort.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

(AOUT 1833.)

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

—

CLINIQUE DE M. GUERSENT.

—

AFFECTIONS CÉRÉBRALES

Première observation.

Céphalite; tubercule du volume d'une noisette dans l'hémisphère gauche; accidens, huit heures avant la mort, précédés d'un mouvement fébrile qui dura pendant quinze jours, et paraissait indépendant de toute lésion organique.

Un garçon de 9 ans et demi, paraissant jouir d'une assez forte constitution, entra à l'hôpital le 29 mars, accusant huit jours de maladie. Le père nous raconta que cet enfant, à l'âge de 7 ans, fut atteint d'une affection cérébrale caractérisée par des convulsions, du délire et du coma. Ces symptômes, qui parurent successivement, se dissipèrent au bout de vingt-quatre heures, et laissèrent le malade affecté d'une cécité qui ne disparut qu'au bout de neuf heures. Depuis cette époque, cet enfant avait joui d'une bonne santé; son intelligence était assez développée, il ne se plaignait jamais de la tête; il allait chaque jour à l'école, et faisait de sensibles progrès. Les personnes qui entouraient cet enfant furent souvent frappées de certaines grimaces que présentait son visage, et elles lui attiraient quelquefois des reproches.

Vers le milieu de mars il fut pris, sans cause connue, de douleurs de ventre, de diarrhée et de fièvre. Il toussait par intervalles. Il garda la chambre pendant quelques jours, et son état ne s'améliorant pas sensiblement, il entra à l'hôpital.

Le 30, à la visite du matin, décubitus dorsal, face rouge, animée, peau chaude, pouls à 124, langue rouge à la pointe et sur les bords, ayant de la tendance à se sécher; soif vive, endolorissement du ventre, diarrhée peu abondante; trois évacuations liquides en vingt-quatre heures. Toux peu fréquente, sonoréité de la poitrine normale; léger râle muqueux dans le côté gauche de la poitrine, pas d'expectoration. Du reste, pas de céphalalgie, pas de bourdonnemens d'oreilles; sommeil calme, paisible, pas d'agitation la nuit. *Gomme édulcorée, potion gommeuse, demi-lavement d'amidon, cataplasme sur le ventre.*

Le 3 avril, un râle sous-crépitant se fait entendre au niveau de l'angle de l'omoplate; à gauche le son présente un peu d'obscurité en ce point; on applique huit sangsues.

Le 5, un vésicatoire est appliqué sur le même point du thorax; et sous l'influence de cette médication, le râle disparaît, la respiration se rétablit, le son devient à peu près normal.

Du 6 au 22, nous ne remarquâmes chez ce malade qu'un mouvement fébrile assez intense, qu'il était impossible de rattacher à une altération organique appréciable. La diarrhée avait complètement disparu, le ventre était indolent, il n'existait pas de douleur de tête.

Le malade demanda sa sortie le 19, elle lui fut accordée; ses parens devaient venir le prendre le 25.

Dans la soirée du 22, vers huit heures, il fut pris brusquement de mouvemens convulsifs. Examiné à 9 par l'élève de garde, il présenta les symptômes suivans: coloration normale de la face, paupières largement ouvertes, yeux fixes tournés en haut, pupilles extrêmement dilatées; l'iris offre à peine une ligne de largeur, et ne se contracte pas sous l'influence de la lumière; mouvemens irréguliers des lèvres; du reste, aucune déviation permanente de la bouche. Convulsions des membres supérieurs et inférieurs, sensibilité très-obtuse de la peau, perte complète de l'intelligence. La respiration est très-fréquente, le pouls petit et accéléré, 160 pulsations par minute; la peau halitueuse, le ventre balloné et sonore. Au bout de 10 minutes les convulsions cessent; les membres du côté gauche sont dans la résolution; ceux du côté droit sont contracturés. A ces symptômes succède un coma profond qui se prolonge jusqu'à quatre heures du matin, époque à laquelle le malade succombe.

A l'ouverture, qui fut faite le 24 avril, nous trouvâmes les altérations suivantes : l'arachnoïde de la

convexité des hémisphères offre une teinte opaline ; elle est molle, friable ses vaisseaux sont fort injectés. Elle n'adhère point à la surface des circonvolutions, qui présentent çà et là quelques gouttelettes de pus ; l'arachnoïde de la base est à l'état normal, si l'on en excepte la portion qui tapisse la scissure de Sylvius du côté gauche, qui offre les mêmes altérations que celle de la connexité. A la partie postérieure et interne de l'hémisphère gauche dans la substance cérébrale existe un tubercule de la grosseur d'une aveline ayant la consistance du fromage de gruyère. La substance qui l'entoure dans l'étendue d'un pouce et demi de diamètre, offre une teinte jaune clair et est notablement ramollie. Le ventricule latéral du même côté contient une once et demie environ de sérosité trouble. La voûte à trois piliers est complètement ramollie. L'hémisphère droit et le cervelet sont à l'état normal ainsi que la moëlle épinière.

Quelques ganglions bronchiques contiennent des tubercules. Il existe des adhérences à droite et à gauche entre les plèvres costale et pulmonaire. Les fausses membranes qui les unissent présentent de nombreux tubercules. Il existe quelques-unes de ces productions morbides sur la plèvre pulmonaire, mais le parenchyme du poumon n'en contient pas. Le cœur et le péricarde sont à l'état sain.

Le foie est volumineux, de couleur bistre ; il graisse le scalpel. Des tubercules existent à sa surface concave. La rate présente également à sa surface de nombreux tubercules. Elle adhère au diaphragme. Les circonvolutions intestinales offrent également des adhérences; les fausses membranes qui les unissent sont fareies de granulations tuberculeuses.

La muqueuse gastrique est pâle et d'une bonne consistance. Le canal intestinal présente des tubercules sous-séreux et sous-muqueux. Lorsqu'on détache les circonvolutions, elles offrent plusieurs perforations arrondies comme si elles avaient été faites par un emporte-pièce. La membrane interne est pâle. Elle est ramollie vers la terminaison du gros intestin.

Voilà un cas de diathèse tuberculeuse qui ne nous a été révélé que par la nécropsie. La péritonite chronique que portait ce malade ne fut pas soupçonnée pendant la vie. Le ventre était endurci au moment de l'entrée à l'hôpital. Mais l'endurcissement et la diarrhée ne tardèrent pas à disparaître sous l'influence d'un traitement adoucissant. Quant à la lésion du cerveau, doit-on la faire remonter à l'époque où le malade présenta pour la première fois des accidens cérébraux, deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital ? Il est probable que le tubercule de l'hémisphère gauche prit naissance à cette époque ; qu'il resta latent jusqu'au moment où il détermina par sa présence une inflammation du cerveau et de ses membranes. Durant ce long intervalle, il n'y eut d'autres symptômes nerveux que quelques mouvemens convulsifs des muscles de la face, car c'est à ce phénomène qu'il faut rapporter ces grimaces bizarres que les parens avaient remarquées, et dont nous fûmes nous-mêmes plusieurs fois témoins. Nous n'attachâmes à ce phénomène aucune importance, ignorant les antécédens du malade, car ce n'est qu'après sa mort que nous avons obtenu du père, des renseignemens sur l'affection cérébrale dont cet enfant avait présenté des symptômes deux ans auparavant. On doit aussi rattacher au travail morbide dont le cerveau était le siége le mouvement fébrile qui persista pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, et que nous ne pourrions rattacher à aucune altération appréciable.

Nous rapprocherons de cette observation un cas de méningite plus franche, mais accompagnée d'une gangrène du poumon dont les symptômes furent marqués par ceux de l'affection cérébrale.

Céphalalgie ancienne ; vomissemens, accès épileptiformes, délire ; mort le douzième jour ; méningite de la convexité des deux hémisphères cérébraux ; gangrène du poumon.

Mayeu, âgé de treize ans, d'une forte constitution, se plaint souvent de la tête et dort beaucoup depuis un an.

Le 13 mars 1833, sans cause connue, il est pris de vomissemens bilieux, que l'on combat par une application de sangsues à l'épigastre. Dès le lendemain, se manifestent des accès épileptiformes caractérisés par des mouvemens convulsifs des extrémités supérieures et inférieures, des muscles de la face et des yeux avec écume à la bouche. Les accès durent de cinq à dix minutes et se répètent quinze fois pendant les huit jours qui suivent. Dans l'intervalle des attaques, l'enfant reste muet, son œil est hagard ; lorsqu'on l'interroge, il répond par gestes. Il urine involontairement, et n'a pas de selles depuis huit jours. Le père et la mère n'ont jamais éprouvé de pareilles attaques, un des frères est mort de convulsions à l'âge de quatre mois et demi, un autre est bien portant.

Les parens ne peuvent rattacher à aucune cause appréciable les accidens qui se sont manifestés. Des sangsues sont appliquées derrière les oreilles ; on pose un vésicatoire à la nuque, on couvre les pieds et les jambes de sinapismes, on prescrit l'eau de tilleul. Tous ces médicamens n'amènent aucun changement heureux dans l'état du malade. Il est transporté à l'hôpital le 22 mars. Dans la soirée, il éprouve une nouvelle attaque qui est la dernière, il délire toute la nuit. *Altération des traits, face alternativement rouge et pâle.*

Le 23, décubitus dorsal, strabisme, pupilles contractées, immobiles, mutisme ; l'intelligence n'est pas entièrement perdue ; lorsqu'on interroge le malade sur le siége du mal, il indique la tête et le cou ; les mouvemens des membres thoraciques sont mal assurés. Lorsqu'on demande la main au malade il fait de vains efforts pour la donner, mais ne peut y parvenir : la sensibilité des membres supérieurs est très-obtuse, celle des membres inférieurs est exagérée ; le pouls bat 88 fois par minute, la respiration très-anxieuse n'offre pas d'accélération notable (24 inspirations par minute) ; les lèvres sont sèches, encroûtées, la langue humide, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre ; le ventre est indolent ; constipation depuis huit jours ; le malade a uriné deux fois involontairement pendant la

nuit. *Potion purgative avec huile de ricin 1/2 once, huile d'amandes douces 1/2 once ; sirop 1 once, à prendre par cuillerées ; cataplasmes sinapisés aux pieds et aux genoux alternativement ; deux sangsues dans l'intérieur des narines.*

Le 24, pendant la nuit, il n'a cessé de marmotter entre ses dents. Ce matin la face porte l'empreinte de la stupeur, le malade prononce quelques mots mal articulés, il répond juste à quelques questions, il commence une phrase, mais ne peut la finir. Mouvemens carphologiques des mains, sensibilité des membres un peu obtuse. Ventre un peu douloureux à la pression, pas de selles, pouls à 108, irrégulier, pas de soubresauts des tendons ; l'haleine est extrêmement fétide, elle a une odeur gangréneuse ; la muqueuse buccale examinée n'offre pas d'altération, ainsi que la gorge, la déglutition n'est pas gênée ; l'expansion pulmonaire est plus faible à droite qu'à gauche, du reste pas de râles, ni de matité. (*Un grain de calomel toutes les heures, lavement purgatif*).

Pendant le reste de la journée, le malade est assez tranquille, il reconnaît ses parens, articule quelques mots et répond à quelques questions. Pendant la nuit, agitation, délire ; il sort de son lit et tombe deux fois.

Le 25, l'intelligence est moins obtuse que les jours précédens ; douleurs de tête et des membres accusées par le malade, réponses lentes mais justes ; face pâle, pupilles naturelles, langue couverte au centre d'un enduit blanchâtre, pas de gêne de la déglutition, soif vive, anorexie, ventre douloureux à la pression sans météorisme, constipation ; la sensibilité et la motilité des membres sont conservées ; pouls à 122 (cataplasme sur le ventre, lavement purgatif, vésicatoire à la cuisse.) On lui administre à l'instant même une goutte d'huile de croton-tiglium, qui donna lieu à des selles abondantes dans le reste de la journée.

Le 26, prostration profonde, stupeur, œil fixe, pupilles contractées, mutisme, résolution des membres, sensibilité très-obtuse, soubresauts des tendons, pouls petit, facile à déprimer, enduit fuligineux des dents et des lèvres, ventre douloureux, rénitent, évacuations involontaires. Mort dans la soirée.

Nécropsie.

Les vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau sont gorgés de sang. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères cérébraux, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs au niveau des deux lobes moyens a perdu sa transparence, elle est épaissie, présente une légère teinte jaunâtre. En cherchant à l'enlever, on détache avec elle la substance cérébrale sous-jacente, qui du reste, ne présente ni ramollissement, ni induration, ni coloration anormale.

L'arachnoïde de la base ne présente pas d'altération. Les ventricules ne contiennent qu'une quantité à peine appréciable de sérosité. Le poumon gauche est sain. Le poumon droit présente des adhérences récentes, la plèvre contient en outre une certaine quantité de sérosité. A la partie moyenne et externe du lobe supérieur existent deux petites perforations qui aboutissent à une caverne remplie d'un détritus gangréneux, exhalant une odeur fétide.

Cette caverne est tapissée en partie par une fausse membrane. Les bronches qui s'y rendent sont rouges. Le tissu ambiant présente un engouement séro-sanguinolent. Le lobe moyen est sain. Le lobe inférieur contient une caverne remplie également d'un détritus gangréneux, ne communiquant pas avec l'intérieur de la plèvre. Du reste, il n'y a pas un seul tubercule dans les poumons, les ganglions bronchiques sont exempts d'altération. La muqueuse gastrique est rouge par bandes et par plaques. Elle est un peu friable, sa consistance est peu diminuée, son épaisseur est normale. Le duodénum est grisâtre, on observe à sa surface quelques follicules isolés. Vers la fin de l'iléon existent quelques plaques grises pointillées, faisant peu de saillie. La consistance est bonne partout. Le gros intestin contient beaucoup de matières fécales, la muqueuse est pâle et d'une bonne consistance. Le foie, la la rate est les autres viscères contenus dans la cavité abdominale sont exempts d'altération.

Le point de départ de la maladie fut dans ce cas évidemment dans le cerveau. Des vomissemens marquèrent le début de la méningite. Vinrent ensuite les accès épileptiformes qui se manifestèrent sans cause connue, et qui étaient évidemment symptomatiques de la lésion des méninges. Dans l'intervalle des accès, les fonctions cérébrales restèrent notablement troublées. Le malade fut atteint de mutisme. Il put quelquefois répondre par gestes ; d'autres fois le délire annonçait l'abolition complète de l'intelligence. Lorsque le malade fut soumis à notre observation, le neuvième jour de la maladie, la gangrène du poumon existait déjà. Un des assistans fut frappé de la fétidité de l'haleine, qui ne fixa notre attention que le lendemain. Dès ce moment les symptômes cérébraux diminuèrent d'intensité, et pendant les deux ou trois derniers jours, on ne retrouvait plus chez lui que les symptômes nerveux qui se montrent ordinairement dans les fièvres graves.

A l'autopsie, nous constatâmes une altération des méninges, qui n'était pas très-profonde, et qui n'eut pas empêché le malade de vivre si la gangrène du poumon n'était survenue. Cette gangrène du poumon ne nous fut révélée ni par l'expectoration, ni pas aucun signe sthétoscopique. Le malade toussait à peine, il ne crachait pas, seulement l'haleine avait une odeur des plus fétides. Cette gangrène ne paraît pas avoir succédé à une phlegmasie pulmonaire ; les portions du parenchyme qui entouraient les cavernes étaient simplement engouées par un liquide séro-sanguinolent, il est vrai que la plèvre du côté affecté offrait des traces d'une inflammation récente, mais il sera permis de regarder l'altération de la plèvre comme consécutive, si on se rappelle que le poumon et la membrane qui l'enveloppent étaient perforés, et qu'il existait une communication entre la caverne remplie d'un détritus gangréneux et la cavité pleurale.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

—

SERVICE DE M. BÉRARD JEUNE.

—

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX;

Par M. Sichel.

DIAGNOSTIC ET OPÉRATIONS DE LA CATARACTE.

(Suite.)

Exposé succinct des différentes méthodes et procédés d'opérer la cataracte.

Les méthodes d'opérer la cataracte peuvent se réduire à trois : *l'extraction, l'abaissement* et *le broiement.* Dans l'état actuel de la science, il est impossible de donner une préférence absolue à l'une de ces méthodes; chacune d'elles peut devenir nécessaire, et quelquefois même uniquement praticable, sous certaines circonstances. En décrivant brièvement ces méthodes, mon but est de ne donner qu'un supplément à ce qui se trouve dans les ouvrages de chirurgie les plus connus, sans avoir cependant la prétention d'être complet, j'indiquerai principalement les méthodes et procédés que j'emploie.

1. *L'extraction* se pratique en ouvrant la cornée et la capsule, et en faisant sortir le cristallin opaque. Le procédé le plus usité est celui de tailler avec un instrument convenable un lambeau semi-lunaire, soit horizontal, soit oblique, dans la partie inférieure de la cornée. Cette disposition du lambeau a cependant l'inconvénient de l'exposer en partie ou en totalité au froissement produit par les mouvemens de la paupière inférieure, dont le bord libre correspond à peu près aux lèvres de la plaie faite à la cornée. Les contractions du muscle orbiculaire agissent de manière à faire comprimer par les paupières les parties des membranes situées au-dessus et au-dessous des lèvres de la plaie, tellement qu'elles écartent celles-ci, qu'elles les rendent béantes et qu'elles leur interposent quelquefois la paupière inférieure. Aucun des moyens recommandés ne peut entièrement prévenir des inconvéniens, qui sont une des causes principales de la suppuration de la plaie. Quand il n'y a pas de suppuration, ils empêchent au moins la cicatrisation rapide et complète, et donnent quelquefois lieu à la production, dans l'endroit de la section d'un tissu vasculaire particulier, d'une cicatrice très-large et épaisse, d'une procidence de l'iris ou du ramollissement de la cicatrice déjà formée. De ces circonstances, la première peut amener, et amène le plus souvent la destruction complète du globe de l'œil; les dernières sont gênantes, douloureuses, et diminuent, si non annulent le succès de l'opération; car dans les cas les plus favorables, les opacités de la cornée et les déformations de la pupille frappent toujours plus ou moins la portion correspondante à l'axe visuel. Ces accidens deviennent beaucoup plus rares si, au lieu de former le lambeau dans la portion inférieure de la cornée, on le pratique en haut et horizontalement. Alors la plaie se trouve en rapport avec la surface interne, lisse et légèrement concave de la paupière supérieure, dont la compression sert plutôt à maintenir les lèvres de la plaie appliquées l'une contre l'autre; le froissement et tous les inconvéniens indiqués ne peuvent plus se produire. La cicatrisation se fait plus rapidement et plus solidement. Si quelque complication fâcheuse arrive, comme opacité de la cornée, procidence de l'iris, etc.; alors les suites en sont toujours moins graves. D'abord elles paraissent avec bien moins d'intensité; ensuite leur position dans le tiers supérieur de l'œil, habituellement recouvert par la paupière supérieure, ne produit que peu de gêne à la vision, et reste cachée à beaucoup d'observateurs et au malade lui même. Ces avantages à eux seuls suffisent pour faire donner la préférence à ce procédé, sans tenir compte de l'écoulement moins rapide de l'humeur aqueuse et des pertes moins fréquentes du corps vitré, circonstances qui ne sont pas toujours bien constantes.

Si ce procédé a des prérogatives incontestables, il faut convenir qu'à cause de la proéminence du rebord orbitaire supérieur, il est d'une exécution bien plus difficile, souvent entièrement impossible, quand on se sert des instrumens ordinaires, que Wenzel, Richter, et Beer ont indiqués pour cette opération. Quand on laisse le lambeau dans la partie inférieure de la cornée, et que l'œil se tourne dans le grand angle de manière à s'y cacher; alors, après avoir fait sortir la pointe de l'instrument dans le point opposé à celui de la première ponction, on réussit avec plus ou moins de facilité à retirer l'œil du grand angle, en imprimant au manche de l'instrument un mouvement de bascule. On peut le fixer alors avec la lame du cératotome, en même temps qu'on le fait glisser à travers la chambre antérieure pour terminer la section. La même chose n'a pas lieu quand on forme un lambeau supérieur; car après avoir fixé l'œil avec l'instrument, à peine commence-t-on à pousser la lame en avant, qu'elle imprime au globe oculaire un mouvement de rotation, et on ne peut souvent terminer l'opération qu'en pressant ou fatignant l'œil, ou en blessant les paupières; souvent aussi l'on est forcé de s'en désister entièrement. C'est pas cette raison que mon ami et maître le professeur F. Jaeger, de Vienne, inventeur de ce procédé, quoiqu'ennemi des instrumens compliqués, s'est vu forcé de faire confectionner un bistouri ou cératotome double.

Cet instrument, déjà connu en France, mais qu'avant moi on n'avait pas encore employé sur le vivant, se compose de deux cératotomes de Beer, réunis sur un même manche, de manière à ce que l'une des lames soit fixe, et que l'autre glisse dans une coulisse, dans laquelle on peut, au moyen d'un bouton, la faire avancer et reculer à volonté. Dans l'état de repos, ces deux lames doivent être tellement appliquées l'une contre l'autre, qu'elles fassent corps, qu'on n'aperçoive presque pas d'interstice et que leur épaisseur dépasse aussi peu que possible celle du couteau ordinaire. Cet instrument est toujours employé de manière à ce que la lame mobile et le bouton y correspondant se trouvent en

avant; à cet effet, l'instrument doit être construit différemment pour chaque œil. On le tient, le tranchant tourné en haut, de la main droite pour le côté gauche *et vice versâ*, comme les cératotomes ordinaires, en plaçant la pulpe du pouce sur le bouton. L'opération se fait en trois temps, absolument comme dans l'opération avec l'instrument ordinaire; il n'y a que le quatrième mouvement du premier temps qui diffère essentiellement. Le premier temps, la formation du lambeau, se compose des mouvemens suivans : 1° la ponction de la cornée, faite à un quart de ligne à peu près au-dessus de son diamètre horizontal et à autant de distance de son bord extérieur. 2° Le passage du bistouri à travers la chambre antérieure. 3° La contreponction, pour faire sortir la pointe de l'instrument du côté opposé, à la même distance du bord interne de la cornée et autant au-dessous du diamètre transversal. 4° La section de la cornée qui se fait en poussant l'instrument, parallèlement à l'iris, jusqu'à ce que les mouvemens de l'œil vers le grand angle rendent impossible de continuer; c'est alors que commencent les fonctions de la lame mobile, qui, poussée en avant avec le pouce de la main qui tient l'instrument, termine la section, tandis qu'avec la lame immobile l'opérateur fixe le globe de l'œil, en baissant doucement le manche vers la tempe. C'est cette dernière partie de ce quatrième mouvement qui renferme tout ce qu'il y a de propre à ce procédé. Quand la section est terminée, l'aide qui, pendant l'opération, a maintenu la paupière supérieure fixée contre le rebord orbitaire correspondant, la laisse tomber ou plutôt l'amène en bas, en l'écartant doucement du globe de l'œil, pour qu'elle ne renverse pas le lambeau.

GAZETTE DU 3 AOUT.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Service de M. Paradis, *chirurgien en chef.*

(Clinique chirurgicale.)

Emphysème accidentel de tout le tissu cellulaire, produit par une lésion des voies aériennes.

Collin, soldat au 38e régiment de ligne, âgé de 22 ans, d'une constitution assez forte, s'amusant à manœuvrer un bâton, tomba sur son extrémité libre, l'autre se trouvant en contact avec le sol.

Précipité par tout le poids de son corps, ce fut le cou à sa partie moyenne et antérieure et à trois pouces au-dessous du cartilage thyroïde qui se trouva fortement contusionné. A l'extérieur, au point de contact, une ecchymose légère se manifesta; à l'intérieur, le malade ressentit une douleur des plus violentes et bientôt suivirent : une très-pénible expectoration d'une abondante quantité d'un sang noir et épais, une augmentation subite de volume de la presque totalité du corps. Tel était l'état du blessé lorsque le 4 juin 1833, à trois heures du soir, on l'amena à l'hôpital, une heure environ après l'accident. Expansion d'air dans le tissu cellulaire du côté droit de la face, du col, des extrémités supérieures et particulièrement du scrotum; ballonnement considérable de ces parties, dyspnée, anxiété générale; les doigts appliqués sur chacun des points tuméfiés ressentaient l'impression de la crépitation, le pouls était plein et fréquent : des bandages compressifs contenant des compresses froides humectées d'une eau résolutive furent appliqués sur tous les points emphysémateux.

Le lendemain 5, le malade accablé de fatigue, de lassitudes dans les membres supérieurs, se plaignait de n'avoir pu fermer l'œil de la nuit, accusait de sourdes douleurs dans le col, qui avait augmenté de volume. La déglutition de la salive pouvait à peine s'effectuer, la crépitation était toujours la même, une toux sèche amenait très-difficilement, et non sans de vives douleurs, des caillots de sang très-épais; le pouls était petit, concentré, la langue très-rouge sur ses bords; les amygdales très-volumineuses, toute l'arrière-bouche enfin vivement enflammée. *Diète, limonade, saignée de* 12 *onces.*

Le soir, même état et de plus yeux brillans, chaleur à la peau, pouls plein et très-fréquent; facies vultueux et animé, le scrotum fortement tuméfié est édémateux. On y applique des compresses imbibées d'eau légèrement saturnée.

Le 6, à sept heures du matin, même état. Le gonflement est plus fort au col. Le malade n'a dormi que deux heures de la nuit; il est toujours courbaturé; même difficulté dans la déglutition. (30 sangsues au col, mouchetures profondes sur le scrotum, qui a encore augmenté de volume). Ces mouchetures donnent issue à un dégagement d'air, et le scrotum rentre ensuite dans son état naturel.

Pendant douze jours, le malade a vécu avec de grandes douleurs dans le col et dans l'abdomen, vers la région sus-pubienne, et particulièrement vers la fausse iliaque gauche. On a employé, pour combattre les progrès de la blessure, des révulsifs tels que vésicatoires et sinapismes aux jambes et sur la poitrine, potasse caustique au col, ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Ici, un fait physiologique intéressant s'est présenté : des six ventouses qui furent appliquées sur ce point douloureux, deux placées sur le cordon spermatique gauche, lieu où a commencé et siégé pendant toute la maladie une tension douloureuse très-forte, n'ont pu amener du sang, bien qu'à deux reprises différentes des mouchetures profondes aient été pratiquées, et le vide dans la ventouse parfaitement obtenu. Ces révulsifs ont été secondés par des antispasmodiques à l'intérieur, qui ont fait cesser un peu les douleurs de l'abdomen et surtout les spasmes.

En résumé, voici les symptômes les plus remarquables qu'a présentés la maladie :

Emphysème et crépitation qui ont persisté jusqu'à la mort, gonflement considérable du col; voix chevrotante, difficulté extrême dans la déglutition, douleurs dans le côté droit du thorax, expectorations abondantes de crachats d'un sang noir pendant les trois premiers

jours, et de mucosités épaisses pendant le reste de la vie. Douleurs sourdes et des plus intenses dans l'abdomen, qui a toujours été ballonné, constipation opiniâtre.

La respiration devenant de jour en jour plus étroite et cessant de s'effectuer, le malade est mort le 17 juin, à huit heures du matin.

Nécropsie.

Habitude extérieure. Couleur blafarde, emphysème et horripilation des tégumens du tronc et des membres supérieurs, peu sensible; tuméfaction considérable du col, ballonnement de l'abdomen, plusieurs escarres au col produits par l'application de la potasse, marques des ventouses scarifiées sur l'abdomen, traces de sinapismes aux pieds et de vésicatoires aux jambes.

Cavité cérébrale. Membranes saines, substance cérébrale fortement injectée. Les ventricules et surtout le moyen contiennent une quantité abondante de sérosité.

Col. Une incision longitudinale profonde pratiquée sur la ligne médiane du col, fait découvrir entre les muscles sterno-hyoïdiens et ceux du larynx, un large foyer d'un pus très-épais. Celui-ci abstergé, on aperçoit une déchirure longitudinale d'un pouce environ dans la paroi antérieure du larynx. Au point opposé, sur la partie antérieure de la paroi postérieure, on remarque une ulcération assez profonde de la muqueuse du larynx. L'incision des tégumens prolongée en haut jusqu'à la symphyse du menton; en bas jusque sur le sternum, on voit que d'abord ce foyer, bien probablement par sa pesanteur spécifique favorisée par la position horizontale du col, a contourné l'œsophage et s'est infiltré entre celui-ci et la colonne vertébrale pour occuper toute la région cervicale. En bas, il s'est glissé sous les muscles, sous le sternum, et est venu se loger dans le médiastin antérieur, qu'il a en quelque sorte distendu, et où il a augmenté de consistance. La membrane muqueuse du larynx et des bronches présente des petits points d'ulcération.

Cavité thoracique. Épanchement considérable de sérosité jaunâtre dans le côté du thorax, et de pus assez épais dans le côté gauche, où le poumon est atrophié.

Péricarde phlogosé, épais et contenant une sérosité jaunâtre.

Cavité abdominale. Les intestins distendus par des gaz, ont refoulé le diaphragme vers la partie supérieure. Leur membrane muqueuse est tachetée de petits points d'ulcération. Ad. DE D.....

COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE.

—

M. ANDRÉAL, *professeur.*

(Suite.)

Des convulsions et de leur traitement.

Traitement. La thérapeutique des convulsions n'a long-temps eu d'autres règles que celles d'un aveugle empirisme. Jadis les poudres de Guttète, jouissaient de beaucoup de faveur; aujourd'hui les applications de sangsues derrière les oreilles ont remplacé ces prétendus antispasmodiques. Une médication unique ne saurait convenir à une maladie qui se développe sous l'influence de causes si nombreuses et si variées. Aussi le praticien consciencieux, avant de prescrire une médication quelconque, devra soigneusement s'enquérir des différentes circonstances qui ont précédé le développement des convulsions, et se livrer à une exploration attentive de tous les organes. Nous ne saurions trop recommander de suivre le précepte de Boerrhaave : *In curationem prius pervertiganda est causa singularis, et locus primario affectus, undè convulsio ortum habet, dein ociùs medicamina applicanda.....*

1° *Emissions sanguines.* Toutes les fois que les convulsions seront liées à un état de pléthore générale ou céphalique, la première indication sera de désemplir le système vasculaire, soit à l'aide de la phlébotomie, soit à l'aide des sangsues ou des ventouses scarifiées. Personne ne conteste dans ce cas les effets des émissions sanguines; mais le point en litige, c'est le lieu d'élection. Les sangsues appliquées trop près du cerveau, ont l'inconvénient d'augmenter la congestion fluxionnaire dont cet organe est le siége.

On a vu fréquemment des sangsues appliquées derrière les oreilles aggraver les convulsions. Il convient de pratiquer les saignées générales et locales loin de l'organe primitivement affecté. Ce précepte, conforme à la doctrine des fluxions de Barthez, me paraît bon à suivre dans la pratique.

M. Chauffard, médecin en chef de l'hôpital d'Avignon, vient de publier une série d'observations qui militent en faveur de cette méthode (1). On doit recourir au même moyen lorsque le travail de la dentition détermine une fluxion sanguine vers la tête. Toutefois, dans ce cas, lorsque ce moyen est insuffisant, et que l'éruption des dents est près de se faire, on ne doit pas hésiter à la favoriser en pratiquant une émission.

Toutes les phlegmasies des différens organes doivent être également combattues par les antiphlogistiques. Du reste, l'emploi des émissions sanguines est manifestement contre-indiqué lorsqu'il y a anémie, chlorose, lorsque les convulsions sont survenues à la suite d'hémorrhagies abondantes, ou pendant le cours de maladies chroniques qui ont épuisé les malades.

2° *Antispasmodiques.* Lorsque les convulsions paraissent indépendantes de toute lésion organique appréciable, ce qui arrive communément chez les enfans, les antispasmodiques doivent être mis en usage. A la tête de ces médicamens, il faut placer l'*oxide de zinc*, préconisé par plusieurs auteurs recommandables, et qui paraît avoir produit de merveilleux effets entre les mains de M. Brachet (de Lyon). On peut le donner seul ou combiner avec d'autres substances, et sous toutes les formes, depuis un quart de grain, qu'on réitère plusieurs fois dans la journée, jusqu'à 5 grains, qu'on peut répéter toutes les deux heures. M. Brachet a

---

(1) Des Avantages de la saignée révulsive dans les maladies de la tête. (*Arch. de Med.*, t. XXIX.)

quelques petites plaques lentieulaires semblables au purpura, se faisaient aussi remarquer, soit sur les membres, soit sur le tronc. L'éruption, toute proportion gardée, était moins abondante sur la face que sur les membres. La peau, du moment où l'éruption s'était manifestée, avait perdu sa chaleur brûlante; le pouls avait diminué de fréquenee : on comptait de 116 à 120. Mais le petit malade était dans un tel état d'affaissement, qu'on ne conservait aucun espoir de le voir guérir. Cependant on lui fit appliquer des sinapismes aux cuisses, des vésieatoires aux jambes; on lui donna la déeoetion de quiquina. Mais ces moyens, comme on le prévoyait d'ailleurs, ne pouvaient être bien efficaces; l'enfant mourut dans la nuit.

L'ouverture du eorps fut pratiquée le 20. On trouva les broneles un peu rouges, les lobes inférieurs des deux poumons hépatisés, et se précipitant au fond de l'eau, et dans chacun des tubereules disséminés. L'estomac eontenait un liquide aeide; sa membrane muqueuse était ramollie.

Le erâne ne fut point ouvert.

Il est plusieurs choses dignes de remarque dans ec fait. D'abord, la double éruption rubéolique, car il faut noter que la première n'avait pas été brusquement supprimée ni répereutée; elle avait parcouru régulièrement ses périodes, et quelques jours après eependant on vit une rougeole nouvelle, et encore plus intense que la première, se manifester sur ce même sujet. Dans eette seconde rougeole, deux phénomènes principaux existèrent, la persistance de l'état aigu, si l'on peut dire ainsi, et son intensité dans la saillie extraordinaire des plaques rubéoliques. C'est que là n'existait pas seulement le travail morbide propre de la rougeole. Sous ces plaques devaient ou tendaient à se développer des boutons de varioloïde, dont l'éruption apparut vers la fin du cinquième jour de la deuxième rougeole.

La varioloïde est venue iei eompliquer une maladie déjà fort grave, et précipiter la mort de ce petit malade, dont la vie était déjà si fortement compromise par les deux affeetions antécédentes et eette double pneumonie, si fréquente, on pourrait presque dire si inévitable ehez les enfans atteints de rougeole, surtout ceux qu'on observe dans les hôpitaux.

Ce jeune enfant offre ainsi un double exemple de la répétition sur un même individu de eertaines maladies générales, dont un des caractères distinctifs est une éruption à la peau. En effet, il a eu deux rougeoles coup sur coup, et l'on pourrait dire aussi deux varioles; car, qu'est-ee que la vaceine dans sa nature et dans ses effets? Dans sa nature, n'a t-elle pas une intime analogie avec la variole? il le faut bien, puisqu'elle la remplace; et l'on sait que deux virus différens peuvent être introduits dans l'éeonomie et exercer leur influence sans se nuire l'un à l'autre. Dans ses effets, ear l'individu vacciné est, selon nous, au même point que celui qui a été atteint de variole. C'est dire qu'ils ne sont pas à l'abri d'une variole seeondaire, variolite ou varioloïde, comme on voudra l'appeler, ainsi que des faits de plus en plus nombreux viennent le démontrer ehaque jour (1).

(1) Nous venons de donner tout récemment des soins à une jeune demoiselle qui porte sur les bras les plus belles cicatrices de vaccine. Elle eut, il y a quelques années, une première éruption de varioloïde qui laissa plusieurs cicatrices. Cette jeune personne vient pour la seeonde fois, d'être atteinte de varioloïde. L'éruption a consisté en une quinzaine de boutons disséminés sur la face, le tronc et les membres. Les symptômes généraux qui précédèrent cette éruption légère ont été intenses dans ce cas, et le pouls marquait jusqu'à 30 pulsations par minute. Tous les accidens disparurent aussitôt que l'éruption se manifesta.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Tumeur graisseuse extérieure au péritoine, compliquée de hernie crurale; accidens graves d'étranglement; opération; réduction; guérison.

De tous les points de la partie antérieure de l'abdomen, il n'en est aucun, dit M. Dupuytren, qui ne puisse être le siége d'une ou plusieurs tumeurs graisseuses. Dans tous les endroits où il existe des ouvertures qui servent à transmettre au-dehors les vaisseaux, nerfs, etc., on observe un tissu adipeux plus ou moins abondant qui les accompagne, et garnit les lieux par où ils passent. Ce tissu éprouve souvent un développement contre nature, d'où provient la tumeur graisseuse. Ces tumeurs présentent beaucoup de variétés; elles sont tantôt uniques, tantôt au nombre de cinq, six ou même davantage. Leur volume égale parfois la grosseur d'un œuf de poule; le plus ordinairement il ne dépasse pas celui d'une noix. Leur poids est, en général, d'un ou deux gros à quelques onces.

Ces tumeurs graisseuses, dont le développement est très-lent, sont sans douleur. Quand elles paraissent à l'extérieur, on n'aperçoit aucun changement de couleur à la peau; elles sont sphéroïdes, pyriformes ou ovoïdes, le plus souvent mobiles sous les doigts. Elles sont molles, pâteuses, élastiques dans certaines circonstances. Dans le cas que nous allons rapporter, la tumeur avait une dureté remarquable et comme stéatomateuse.

La manière dont se forment ces tumeurs est la même dans tous les cas.

Le plus souvent une portion de tissu adipeux extérieur au péritoine s'accroît, s'engage dans une ouverture accidentelle ou naturelle de l'abdomen, la dilate peu à peu, la franchit bientôt, et forme alors une saillie au dehors. C'est dans ce trajet qu'elle entraîne une portion d'intestin, et contribue ainsi à la formation d'une hernie.

Les tumeurs graisseuses peuvent exister seules, ou se montrer, ainsi que nous avons pu le constater, avec une hernie épiploïque ou intestinale. Leurs causes sont peu connues.

On les a observées plus généralement chez les hommes âgés que chez les adultes. Les enfans n'en sont point atteints; chez eux le tissu adipeux extérieur au péritoine, n'existe pas encore, ou est en trop petite quantité.

Le diagnostic est en général très-obscur.

Il y a plusieurs années qu'un malade fut reçu à l'Hôtel-Dieu, portant, disait-on, une hernie étranglée. Il n'existait pourtant qu'une tumeur graisseuse ; elle avait l'aspect d'un intestin ; on crut que sa cavité était oblitérée par l'épaississement des parois, qui semblaient dures et lardacées. On en fit l'excision. Une canule en gomme élastique fut ensuite placée dans ce que l'on pensait être le bout supérieur de l'intestin, et servit à injecter des lavemens. A l'autopsie on découvrit une tumeur graisseuse et une péritonite.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 39 ans, d'une taille élevée, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, journalier, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 14 juillet à la visite du matin. Depuis 24 heures il était en proie à des accidens d'étranglement, tels que nausées, hoquets, rapports, vomissemens.

Ces accidens s'étaient montrés à la suite d'un violent effort que le malade avait fait en déménageant ses meubles ; il avait voulu soulever une fontaine de grès, et avait été obligé de suspendre aussitôt son travail par les douleurs qu'il ressentit dans la région crurale du côté droit.

Depuis quatre ans il portait dans cette région une tumeur qui, du volume du poing d'un enfant de trois ans, rentrait lorsqu'il était couché, et sortait lorsqu'il se levait. Plusieurs fois il éprouva des accidens d'étranglement qui furent dissipés par les moyens ordinaires.

La dernière sortie de la tumeur fut suivie d'accidens graves qui résistèrent, en ville, aux applications de sangsues, à des cataplasmes, à des lavemens légèrement laxatifs pour solliciter sans doute le passage des matières retenues.

Les symptômes d'étranglement persistaient, et dataient déjà, comme nous l'avons dit, de vingt-quatre heures ; M. Dupuytren jugeant que l'opération était urgente, la proposa au malade. Celui-ci qui est d'un caractère faible s'y refusa le premier jour, et demanda instamment de recourir encore à d'autres moyens pour obtenir la réduction.

Malgré le peu d'espérance que l'on avait de voir rentrer cette hernie, on se rendit aux prières du malade, et on temporisa jusqu'au lendemain, tout en continuant les tentatives de résolution par tous les moyens généraux : une nouvelle saignée, quelques lavemens, un bain, etc.

Le lendemain, 15 juillet, à la visite du matin, le malade éclairé par les accidens qui avaient persisté toute la nuit, consentit et demanda l'opération. Sa face était colorée, son pouls dur, fréquent, la tumeur qu'il portait à la région crurale était toujours très-dure, irréductible ; cependant les douleurs n'étaient pas aussi vives qu'on aurait pu le penser.

En examinant attentivement la tumeur, on voyait qu'elle occupait les confins de la région inguinale et crurale, et pour dissiper le doute qui existait encore sur sa nature, M. Dupuytren tira une ligne qu'il fit partir de l'épine antéro-inférieure de l'os des îles, et dirigea vers le corps du pubis, il put s'assurer, par ce moyen, dit-il, que la hernie était bien crurale.

Il procéda donc immédiatement à l'opération. Après avoir pincé la peau qui recouvrait la tumeur, il fit une incision de dehors en dedans de deux pouces de longueur. Des ciseaux fins et alternativement un bistouri, servirent à détruire des adhérences qui existaient. Une énorme quantité de graisse formait la plus grande partie de cette tumeur, au centre de laquelle existait une petite portion d'intestin qui pouvait avoir le volume de l'extrémité du petit doigt, et était serrée, étranglée. On la dégagea du tissu cellulaire qui l'environnait à l'aide d'une sonde cannelée, et le professeur ayant glissé le tranchant d'un bistouri boutonné sur la pulpe du doigt indicateur, parvint à débrider en haut et en dehors l'arcade crurale, de manière à ne pas léser le cordon des vaisseaux spermatiques. Ce second temps de l'opération fut suivi de l'écoulement d'un liquide grisâtre, bourbeux, qui fit craindre un épanchement de matières stercorales.

Cette grave complication fut heureusement évitée ; mais pour prévenir tout accident, on ne réunit point par première intention, et quoique l'intestin fût déjà rouge, violacé, on se contenta de le maintenir à la surface de la plaie, sans le tirer au dehors dans la crainte de le déchirer ; pensant que s'il venait à être perforé, il ne donnerait pas lieu à un écoulement de matières stercorales dans le ventre ; on introduisit une mèche de linge pour conserver la plénitude de l'abdomen. Cette méthode fut couronnée d'un plein succès ; le malade fut reporté à son lit, et à dater de l'opération, il fut débarrassé de ses douleurs.

Le lendemain, le ventre était tombé, souple, mou, très-peu sensible à la pression, la plaie faisant ressentir un peu de douleur vers son angle externe. On prévint le développement de l'inflammation par *deux saignées* qui furent pratiquées après l'opération.

Le second jour, le malade n'éprouva aucun frisson, pas de vomissemens, très-peu de fièvre. On jugea prudent de lever l'appareil à cause de l'odeur qu'il exhalait, et qui était nuisible au malade. Plusieurs paquets graisseux furent excisés, le malade crut un instant sentir les gaz s'échapper de la plaie, mais un examen attentif prouva qu'ils étaient le produit de la putréfaction des paquets graisseux qui formaient le plus grand volume de la hernie.

Une *demi-once d'huile de ricin* facilita quelques selles, et le malade entra en convalescence. Il sortira un de ces jours.

Apoplexie séreuse des auteurs ; fracture comminutive de la jambe ; mort subite ; autopsie.

Un homme âgé de 55 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, le 15 mai dernier (salle Sainte-Marthe), pour une fracture comminutive de la jambe.

Cet accident paraissait dû à une congestion cérébrale dont le malade avait été frappé.

En effet, on sut des personnes qui le transportèrent à l'hôpital, que cet homme traversant la place du Châtelet, à midi, en plein soleil, ayant la tête découverte, avait été frappé d'apoplexie, était tombé avec violence et s'était fracturé la jambe.

Les premiers soins donnés, on s'empressa de le

l'habitude de l'unir à l'extrait de jusquiame noire, dans des proportions et à des doses variables, suivant l'intensité de la maladie, mais de manière à faire prendre dans les vingt-quatre heures au moins deux grains d'oxide de zinc et quatre grains d'extrait de jusquiame. Je n'ai jamais, dit le même praticien, porté la dose de l'un ni de l'autre au-dessus de dix grains. Je les fais partager en quatre, huit ou douze prises, que je fais donner de deux en deux heures, ou de trois en trois heures, en les délayant dans une cuillerée de potion antispasmodique de tisane ou de sirop.

Un autre médicament antispasmodique, qui compte aussi de nombreux succès, et qui a été surtout vanté par Odier et Matthey, de Genève, c'est le sous-nitrate de bismuth. Ce médicament convient dans les cas où la gastralgie a été le point de départ des convulsions ou les accompagne. On en donne depuis un quart de grain jusqu'à douze grains dans les vingt-quatre heures. On l'administre seul ou associé à la thrydace. Le camphre, le musc, le castoréum, la valériane, l'assafœtida, ont été vantés par divers auteurs.

3° *Narcotiques.* Outre l'extrait de jusquiame, on peut employer dans quelques cas les préparations d'opium et de morphine. Toutefois, ces derniers médicamens doivent être administrés avec prudence. Le praticien ne doit pas oublier qu'ils ont souvent pour effet de déterminer des congestions vers l'encéphale. Dehaen a eu recours avec avantage aux narcotiques pour combattre les douleurs vives qui coïncident avec l'apparition des convulsions. Baume s'est bien trouvé de l'emploi du camphre uni avec l'opium.

4° *Toniques et antipériodiques.* Lorsque les convulsions se montrent dans les accès de fièvres intermittentes, ou bien lorsqu'elles sont périodiques, les préparations de quinquina doivent leur être opposées. Cette substance sera également prescrite dans les cas de chlorose, d'anémie.

5° *Évacuans.* On ne doit pas hésiter à donner un vomitif lorsqu'il existe un état saburral des premières voies. Dans les cas d'indigestion, d'empoisonnement, on doit recourir au même moyen. Le sirop d'ipécacuanha administré à un enfant qui a sucé le lait de sa nourrice après un violent accès de colère, fait cesser les convulsions. Les purgatifs sont indiqués lorsqu'il y a rétention du méconium ou accumulation de matières fécales dans le tube digestif, et lorsqu'on soupçonne l'existence d'entozoaires. On doit donner la préférence, dans ces différens cas, aux doux laxatifs, tels que le calomel, le sirop de chicorée, la manne, l'huile de ricin. On ne doit pas oublier que les évacuans intempestivement administrés sont souvent devenus la source de convulsions.

6° *Moyens extérieurs.* Les bains émolliens tièdes et long-temps prolongés, ont souvent calmé l'extrême irritabilité des jeunes enfans. Les bains froids sont indiqués dans quelques cas. Les sinapismes mitigés aux extrémités inférieures doivent suivre l'emploi des émissions sanguines lorsqu'il y a congestion cérébrale. Les pédiluves sinapisés remplisent la même indication. Les vésicatoires doivent être employés avec réserve; ils augmentent singulièrement l'irritabilité nerveuse. On doit surtout y avoir recours lorsqu'il y a eu rétrocession d'un exanthème, ou suppression d'un écoulement ancien. On peut, dans le même but, recourir à la pommade stibiée.

Pour ce qui est des convulsions qui se propagent par voie d'irritation et se manifestent chez un grand nombre d'individus dans une salle d'hôpital, je ne vois pas de meilleur moyen à leur opposer, que les menaces de Boerrhaave et les préparatifs de leur exécution.

GAZETTE DU 6 AOUT.

HOPITAL NECKER.

—

SERVICE DE M. BRICHETEAU.

Pleurésie latente avec des paroxismes simulant une fièvre intermittente pernicieuse.

Une femme, âgée de 58 ans, éprouvait depuis quelque temps des espèces d'accès de fièvre intermittente quotidienne, à laquelle se joignaient des douleurs vagues de poitrine, qui déterminèrent, à ce qu'il paraît, l'application d'un vésicatoire sur le côté droit, en arrière. La gravité de cette affection s'étant augmentée, on fit appeler un chirurgien, qui, prenant en considération le caractère intermittent de cette affection, administra le sulfate de quinine avec un succès momentané; mais les accès ne tardèrent pas à se reproduire avec accroissement d'intensité et des symptômes généraux tellement graves, qu'un autre médecin, consulté, crut reconnaître une fièvre typhoïde et fit faire une application de sangsues sur l'abdomen. Ce nouveau moyen n'eut aucun succès. La maladie s'aggrava encore, et au lieu d'intermissions, n'offrit plus que des rémissions.

Le 25 juillet 1833, cette femme fut conduite à l'hôpital dans l'état suivant: Résolution des forces, décubitus adynamique, pouls fréquent, mais peu résistant; chaleur vive de la peau, agitation, délire, quelques mouvemens convulsifs, respiration assez libre, point d'expectoration; langue recouverte d'un enduit épais jaunâtre gluant; dents légèrement fuligineuses, ventre non douloureux à la pression; état comateux qui rend toutes les questions inutiles.

L'état grave de cette malade et les renseignemens donnés par les parens font soupçonner l'existence d'une fièvre rémittente pernicieuse déjà ancienne. En conséquence, l'élève de garde fait administrer huit grains de sulfate de quinine dans une potion, il y ajoute un lavement avec demi-once de quinquina en décoction, et une application de sinapismes aux pieds.

Le 26, à la visite du matin, la malade avait passé une nuit très agitée, mais elle était maintenant plus calme; son état général s'était un peu amélioré; du reste, nuls symptômes thoraciques ne furent observés, on continua six grains de sulfate de quinine dans une potion; on appliqua de nouveaux sinapismes. *Diète absolue.*

Le 27, l'état, de la malade a beaucoup empiré; une gêne assez marquée de la respiration ayant engagé à

percuter la poitrine, on découvrit un son mat dans tout le côté gauche et une absence complète de respiration. La mort survint quelque temps après la visite.

Ouverture du corps 36 heures après la mort.

L'extérieur du corps ne présente rien de remarquable. La poitrine étant ouverte, on trouva le poumon gauche adhérent dans plusieurs endroits, à la cavité thoracique; cette cavité contenait une très-grande quantité de sérosité jaunâtre, au milieu de laquelle nageaient des flocons albumineux. La surface extérieure du poumon présentait, çà et là, des débris de fausses membranes, et semblait macérée par le liquide épanché; le tissu pulmonaire, recouvert par la plèvre malade, était sain, excepté à la partie inférieure où l'on observait quelques points hépatisés dans l'espace de deux ou trois pouces. Le poumon droit était sain, la cavité qui le contenait n'offrait aucun épanchement.

Le canal intestinal ne présentait rien de remarquable, non plus que les autres viscères abdominaux.

Les médecins qui avaient vu cette malade avant son admission à l'hôpital, avaient été particulièrement frappé de la marche intermittente de cette maladie et avaient donné avec un succès momentané le sulfate de quinine; un d'eux, lors de la rechute, crut devoir appliquer sur l'abdomen quelques sangsues qui ne produisirent aucun effet. Et cependant il existait une inflammation de la plèvre qui avait déterminé un épanchement considérable de sérosité. L'élève de garde, jeune homme instruit, qui a fini ses études médicales, qui est accoutumé à examiner les malades et à bien caractériser les maladies, frappé du caractère remittent de cette affection, ne voit rien de plus opportun que de continuer l'antipériodique par excellence, et rien ne lui indique de lésion dans les organes respiratoires; la malade fut encore soulagée: mais bientôt on s'aperçoit qu'il existe une gêne dans la respiration. On percute, on ausculte, et l'on découvre un épanchement dans le côté droit de la poitrine, auquel la malade était sur le point de succomber (1). Cet épanchement, cette pleurésie qui l'avait précédé, il faut bien l'avouer, nous l'avions tous méconnue; et cependant à l'hôpital Necker, où les maladies de poitrine abondent, nous nous croyons quelque habileté à diagnostiquer les maladies du thorax. Qu'on nous permette, en confessant notre erreur, de nous écrier avec le célèbre Baglivi: combien il est difficile de diagnostiquer les maladies des poumons!

(1) Des médecins d'une autre école verront sans doute dans ce fait, une autre affection concomittante qui n'a pas laissé de traces; nous ne pouvons expliquer un fait positif par une cause supposée, quand nous avons une cause matérielle sous les yeux, bien qu'une telle supposition pût nous servir de justification.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

CLINIQUE DE M. GUERSENT.

Observation de deux rougeoles se succédant chez le même sujet à peu de jours d'intervalle, la seconde compliquée de varioloïde.

La clinique de l'hôpital des Enfans a présenté, ces jours derniers, un cas fort remarquable de rougeole compliquée. Nous extrairons des leçons de M. Guersent les principaux détails de ce fait, digne d'intérêt sous plus d'un rapport.

Léon L..., âgé de quatre ans, était entré le 3 juillet 1833 à l'hôpital des Enfans, pour une rougeole dont l'invasion datait du 1er. Cette rougeole était accompagnée d'une ophthalmie très-forte, laquelle augmenta encore, lorsque la maladie éruptive ayant régulièrement parcouru ses périodes, fut arrivée à celle de desquammation. L'ophthalmie devint alors si intense qu'il y avait commencemet de ramollissement de la cornée. Cependant la fièvre était tombée, et les accidens généraux de la rougeole avaient disparu, lorsque du 13 au 14 juillet, la fièvre reparut, de nouveaux symptômes généraux se manifestèrent, et l'on vit bientôt parvenir une nouvelle éruption de rougeole beaucoup plus forte que la première. A la face, à la poitrine et aux membres, surtout aux supérieurs, on vit successivement apparaître de larges plaques semilunaires, ou irrégulières confluentes sur plusieurs points, et offrant une saillie qui, d'abord peu notable, devint assez prononcée les jours suivans pour appeler l'attention sur ce phénomène insolite. La peau était brûlante, et une chaleur mordicante était ressentie par les doigts qui la touchaient quelques instans. Le pouls donnait de 158 à 160 pulsations par minute. L'enfant n'avait, au reste, ni diarrhée, ni vomissemens.

Les 14, 15, 16 et 17 au matin, le petit malade resta à peu près dans le même état, on lui avait donné des bains, appliqué des sangsues, sans amendement appréciable dans son état. L'éruption persistait même avec une ténacité peu ordinaire; et toujours avec la même intensité. Enfin le 18, au matin, la raison de ces accidens si graves, si opiniâtres, fut révélée. Une éruption variolique s'était opérée. On pouvait d'autant moins la prévoir, que l'enfant portait aux bras des cicatrices de vaccine très-apparentes.

Au reste, les modifications que la rougeole imprima à cette éruption nouvelle, méritent une description particulière. Voici dans quel état était cet enfant:

Le 18 au matin, la teinte rouge vif qu'avaient les plaques de rougeole les jours précédens, était remplacée par une teinte violacée, Au niveau de ces plaques, et sur d'autres points où elles n'existaient pas, on voyait des boutons irréguliers pour la plupart, plusieurs confluens, et contenant une sérosité demi-transparente. D'autres boutons plus réguliers, mais en très-petit nombre, étaient isolés, solitaires. Ceux-là étaient vraiment caractéristiques. Dans quelques points, l'épiderme soulevé contenait une sérosité légèrement roussâtre et sanguinolente. Une suffusion sanguine et

dans la chambre postérieure ; au contraire, dans la chambre antérieure, étroite, ils ne peuvent augmenter de volume qu'en comprimant, irritant et enflammant violemment l'iris, membrane peu susceptible dans les blessures avec hémorrhagie, mais réagissant avec une incroyable énergie contre les moindres contusions, comme malheureusement on n'a que trop souvent occasion de l'observer après les opérations. Loin de jeter des portions de cataractes broyées dans la chambre antérieure, on fera donc bien de tâcher de faire rentrer derrière l'iris et de plonger dans le fond de l'œil tous les fragmens qu'on pourra piquer, ou, pour ainsi dire, repêcher avec l'aiguille sans léser l'iris. Si le crystallin avait un noyau dur, on ferait la réclination par le procédé sus-indiqué.

Nous rappelons encore une fois que ce que nous venons de donner, est bien moins une description des différentes méthodes, qu'une définition détaillée, devant seulement servir à exposer ce que nous entendons par telle et telle méthode, et à rendre claires les indications que nous allons y poser.

GAZETTE DU 13 AOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

—

SERVICE DE M. BIETT.

—

HYDATIDES DU FOIE,

AVEC DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRABLE DE CET ORGANE ;

Ponction explorative, incision ; sortie d'une grande quantité d'acéphalocystes ; guérison.

Parmi les nombreuses transformations et productions organiques dont l'économie est susceptible, il n'en est peut-être aucune qui soit plus digne de méditation que celle connue sous le nom d'acéphalocystes.

Ce nom a été donné par Laënnec à une production organique, qui consiste, comme peu de personnes l'ignorent aujourd'hui, en des vésicules ou globes sphéroïdaux, contenus dans une poche particulière ou kiste qui les isole des parties environnantes, et avec lesquelles ils n'ont aucune espèce d'adhérences.

Ils naissent sans cause connue dans l'épaisseur de nos organes, se développent, se multiplient, se détruisent souvent à l'insu de l'individu qui les porte et qui les nourrit ; et ne manifestent leur présence que par la compression qu'ils exercent sur les parties voisines.

Qu'on se représente des bulles de savon de diverses grosseurs, l'air remplacé par un liquide d'une limpidité parfaite, l'enveloppe formée par une couche mince de blanc d'œuf coagulé, et on aura une idée aussi exacte que possible des acéphalocystes, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une orange.

L'acéphalocyste est en général transparente ; les nuances de coloration dépendent le plus souvent des enveloppes qui ont la blancheur de l'opale.

Elle est solitaire ou multiple, et se rencontre le plus souvent dans les poumons ou le foie.

Un chirurgien anglais, Baron, a établi que les tubercules n'étaient autre chose que des hydatides. La coexistence des tubercules et des acéphalocystes semblerait prouver en faveur de cette assertion.

M. Cruveilhier a eu occasion de rencontrer mainte fois, chez le mouton, des poumons farcis à la fois et des uns et des autres.

Le même lobule présentait de très-petits kystes acéphalocystes et des tubercules.

Quant à la véritable cause de leur développement, on peut avancer, que la compression, la contusion ou la commotion, sources si féconds des maladies chroniques de toutes espèces, paraissent jouer dans cette production un rôle remarquable.

L'humidité, l'abondance, la mauvaise qualité ou la qualité végétale de la nourriture, sont aussi une source non équivoque d'acéphalocystes.

Nous ne nous arrêterons pas à expliquer le mode d'action de ces influences, nous rappellerons seulement ce fait incontestable : c'est que chez l'homme comme chez les animaux, c'est dans les poumons et le foie, organes d'hématose qui renvoient les premiers la totalité, le second une bonne partie du sang, que se forment principalement les acéphalocystes.

L'histoire d'un malade couché dans le service de M. Biett, nous a entraîné dans quelques développemens que nous ne croyons pas inutiles.

Ce jeune homme, à peine âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez grêle constitution, entra à Saint-Louis le 29 avril dernier.

Il habite un village du département de la Marne (Montniveau), où il exerçait l'état de *scieur de long*.

Il a raconté que depuis trois ans il s'était aperçu de l'existence d'une tumeur qu'il portait dans l'abdomen, laquelle avait été constamment indolente, et s'était accrue insensiblement sans qu'il y eût jamais trouble bien appréciable pour lui des fonctions digestives. Cependant il avait maigri, perdu ses forces ; se voyant abandonné des médecins de son pays, il se décida à venir demander des conseils aux médecins de la capitale.

A peine arrivé à Paris, il se présenta au bureau central ; là il fut visité par M. Gibert, qui le dirigea immédiatement vers l'hôpital Saint-Louis.

Reçu et couché à la salle Saint-Prosper, la fatigue du voyage avait aggravé son état. Une tumeur assez considérable occupait l'hypocondre droit ainsi que l'épigastre, s'avançait un peu vers l'hypocondre gauche et en bas, descendait jusque vers le niveau de l'ombilic ; en haut elle semblait se continuer et se perdre derrière les côtes.

Cette tumeur était assez lisse, ne présentait pas de fortes bosselures ; le toucher, une pression fortement exercée n'y produisaient qu'une médiocre douleur.

Des accidens d'un autre genre existaient. Le malade était menacé à chaque instant de suffocation. Sa figure, marbrée, jaune et bleuâtre, exprimait une anxiété extrême ; son pouls était petit, concentré, précipité ; des vomissemens de matières verdâtres avaient lieu chaque jour.

Le 22 avril dernier, M. Biett, frappé de l'altération qu'avaient éprouvé les traits de la face, qui était devenue plus pâle et plus jaune. Ayant d'ailleurs reconnu parfaitement la nature de l'affection, fit prévenir M. Jobert qu'un cas de chirurgie se trouvait dans ses salles.

Après avoir examiné attentivement le malade, M. Jobert partagea l'avis de M. Biett, qui conseillait une ponction exploratrice.

On choisit un point de la surface convexe du foie vers son lobe gauche, qui présentait une fluctuation manifeste, pour y plonger un troquart. Il sortit à l'instant, par jet, une assez forte quantité de liquide séreux.

Le malade parut soulagé pendant quelques jours après cette ponction ; mais la petite ouverture s'étant fermée, les accidens reparurent.

Le 29 avril, M. Jobert comptant sur des adhérences, la nature de la maladie étant d'ailleurs bien constatée, se détermina à pratiquer une incision sur le sommet de la tumeur.

Cette incision fut faite de concert avec M. Biett, à quatre travers de doigts au-dessous du bord des fausses côtes, et à deux doigts de la ligne blanche du côté droit.

Le foie incisé à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi, parut sain dans sa structure intérieure, mais par la pression on fit sortir un liquide séreux, et le bistouri porté de nouveau dans la plaie, pénétra dans un kiste à parois épaisses qui offrait une cavité de quelques pouces de diamètre. Dans un liquide séreux nageaient une quantité considérable d'hydatides séparées, dont quelques-unes très-grosses n'ont pu sortir qu'en s'allongeant, et ont repris ensuite leur forme globuleuse.

Plongées dans l'eau, elles se sont précipitées, leur pesanteur spécifique différait cependant bien peu de celle de l'eau, car il suffisait du plus léger mouvement imprimé à un bassin de cuivre qui les contenait, pour voir ces globes s'agiter, s'entrechoquer, se repousser par leur élasticité, et paraître à la surface du liquide.

Des injections d'eau distillée et d'alcohol ont été faites dans l'intérieur du kyste et une sonde de femme y fut laissée à demeure pour faciliter l'écoulement du liquide et la sortie des hydatides.

Depuis deux mois que l'opération a été pratiquée, il est sorti presque chaque jour des hydatides, et des liquides séreux. Aujourd'hui, quoique la maladie ne soit pas terminée, on peut estimer à 60 ou 80 hydatides, ce qui est sorti de l'ouverture artificiellement pratiquée. L'abdomen est souple, peu douloureux, la plupart des bosselures du foie ont disparu ; le malade est faible, mais sans beaucoup de fièvre, les évacuations sont libres. L'état général a permis d'accorder quelques alimens qui ont été bien digérés.

GAZETTE DU 15.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

—

RÉSUMÉ

DES CONFÉRENCES CLINIQUES DE M. LOUIS.

(Neuvième article.)

Tubercules pulmonaires.

Le nombre des malades atteints de phthisie pulmonaire a été de 80. Vingt-neuf ont succombé. Nous allons présenter un résumé analytique des symptômes et des lésions qu'ont présentés ces derniers. Sur ce nombre se trouvaient 9 femmes et 20 hommes. Cette proportion n'est pas celle qui s'observe généralement ; on doit se rappeler que dans les deux trimestres de 1830 et de 1831, les recherches cliniques de M. Louis ne portaient que sur le service des hommes. Pendant les deux autres trimestres, le service était également partagé entre les hommes et les femmes. Tous les malades atteints de tubercules pulmonaires étaient âgés de moins de 40 ans. Au début, toux sèche d'abord, puis humide avec expectoration de crachats filans, offrant l'aspect du blanc d'œuf, douleur thoracique, diarrhée avec douleur abdominale. Ces symptômes offraient des alternatives de rémission et d'exaspération, quelques-uns cessaient même entièrement. Mais les malades ne recouvraient jamais la plénitude de leur santé. Leurs forces diminuaient progressivement. Plus tard, lorsque les signes sthétoscopiques annonçaient le ramollissement des tubercules, la fièvre devenait continue avec exacerbation le soir, et sueurs nocturnes ; la toux persistait et était suivie d'une expectoration variable, la diarrhée était constante, l'amaigrissement extrême ; la plupart conservaient jusqu'à la mort l'intégrité de leurs facultés intellectuelles ; on n'observa du délire que dans un très-petit nombre de cas.

Ces 29 malades offrirent après la mort des lésions variées. Les plus constantes furent des tubercules crus ou ramollis, et des excavations tuberculeuses dans le parenchyme du poumon, des adhérences entre les plèvres costale et pulmonaire, des ulcérations de la muqueuse laryngo-trachéale. L'intestin fut rarement trouvé sain, il présenta tantôt du ramollissement, tantôt des ulcérations. Des altérations un peu moins constantes furent la dégénération graisseuse du foie, la tuberculisation de la rate et des ganglions mésentériques.

Siége et nature des tubercules. Cette production morbide se présenta dans tous les cas sous la forme de petits corps arrondis d'un blanc jaunâtre, ou de granulations grises demi-transparentes. Le ramollissement avait constamment lieu du centre à la circonférence. Les tubercules furent toujours plus nombreux au sommet qu'à la base, il ne s'est présenté qu'une seule exception à cette règle. M. Louis ne partage pas l'opinion de M. Andral sur la nature des ganglions. Si ces corps

saigner, et cette opération fut renouvelée à cause de la congestion cérébrale.

La plaie qui occupait le tiers inférieur du tibia fut pansée avec soin, un morceau de diachylon la recouvrait, puis l'appareil fut appliqué.

Dès cet instant, la céphalalgie, les tintemens d'oreilles, les vertiges, les éblouissemens cessèrent, la rougeur de la face; ainsi qu'un sentiment de chaleur à la tête, disparurent par l'emploi des dérivatifs les plus énergiques.

Le surlendemain de son entrée, ce malade était dans un état rassurant, aucun symptôme inflammatoire ne s'était encore déclaré.

Le quatrième jour, les vives douleurs qu'il éprouvait dans le membre fracturé nécessitèrent une nouvelle saignée, et la levée de l'appareil.

Le chirurgien trouva sous la peau une assez abondante collection de pus qui fut évacuée avec soin, et l'appareil fut appliqué de nouveau.

Le malade éprouva, pendant les jours suivans, une amélioration assez notable pour faire espérer sa guérison. Tout-à-coup, le 22 mai, à onze heures du matin, il fut pris d'étouffement, de trouble des facultés intellectuelles, d'affaiblissement de la vue et de l'ouie, ses pupilles se dilatèrent et devinrent immobiles, sa parole s'embarrassa. Bientôt mutisme; empreinte de stupeur sur la figure, refroidissement des pieds, pouls dur et plein, pulsations du cœur étouffées, respiration promptement stertoreuse, déviation de la bouche, effluve de mucosités et de salive écumeuse par les commissures des lèvres. Mort en quelques minutes.

L'inspection anatomique du cerveau a fait reconnaître que l'arachnoïde était intacte, pâle et transparente, une quantité considérable d'une sérosité liquide jaunâtre, plus gelatineuse qu'albumineuse, était épanchée à la base du crâme, et accumulée dans les ventricules qui n'avaient d'autre altération que leur dilatation. Le cœur présentait quelques ossifications.

GAZETTE DU 8 AOUT.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

—

SERVICE DE M. BÉRARD JEUNE,

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX,

Par M. Sichel,

DIAGNOSTIQUE ET OPÉRATIONS DE LA CATARACTE.

Exposé succinct des différentes méthodes et procédés d'opérer la cataracte.

(Suite.)

On peut faire à ce procédé les reproches suivans: plus un instrument est compliqué, et moins, en général, il se laisse guider avec certitude, puisque l'opérateur quelque habile et exercé qu'il soit, est toujours laissé en quelque sorte à la merci de l'instrument. Ce reproche n'atteint pas beaucoup le cératotome à deux lames, dont le mécanisme, extrêmement simple, n'enchaîne pas la liberté de la main qui le conduit. Avec un peu d'habitude on le maîtrise parfaitement. Les circonstances suivantes sont plus graves: l'aide a une tâche beaucoup plus difficile à accomplir que lorsque le lambeau doit être pratiqué en bas; ses doigts, très-rapprochés de l'instrument et de la portion de l'œil qui est l'objet de l'opération, peuvent gêner le chirurgien. Il peut plus facilement exercer une pression involontaire sur l'œil, qui devint très-fâcheuse en produisant la procidence de l'iris et du corps vitré, et, avant tout, en causant le renversement du lambeau. Ce renversement a également lieu quand il ne s'y prend pas très-adroitement en abaissant la paupière, ou quand le lambeau est un peu trop grand, circonstance qu'il n'est pas toujours aisé d'éviter sans tomber dans la faute contraire, et encore plus grave, celle de pratiquer une section trop petite.

Par une ouverture d'un circonférence insuffisante, le crystallin ne saurait sortir sans se dépouiller d'une portion considérable de sa partie corticale (cause de cataractes secondaires), ou sans tirailler, comprimer et enflammer l'iris. Le défaut principal de l'instrument double, même le mieux fait, est celui d'être toujours plus épais qu'une seule lame, et de produire quelquefois, vers la fin de l'acte de l'incision, particulièrement quand la chambre antérieure est étroite, ou que l'œil exécute un mouvement brusque, une petite déchirure de la dernière bride de la cornée qui reste à couper.

Pour obvier à ces inconvéniens, M. Graefe a substitué au cératotome double un autre, simple, mais légèrement recourbé à sa pointe, qu'il introduit de manière à ce que la concavité formée par la terminaison de la lame soit tournée en avant la convexité en arrière, et le tranchant en haut. D'après lui, cette courbure facilite la sortie de la pointe et l'accomplissement de l'opération. Je conçois bien la première partie de cette proposition, mais non pas la seconde; car, en quoi la difficulté de fixer l'œil après la contreponction serait-elle moindre dans ce procédé? Cependant je ne prononcerai pas positivement sur ce point, avant d'avoir fait des essais sur le vivant avec le couteau de M. Graefe, que je fais confectionner dans ce moment. Il y aurait certainement un grand avantage à pouvoir se passer du double cératotome, dont le nettoiement, extrêmement pénible après chaque opération, si on ne veut pas le soir s'oxider promptement, n'est pas le moindre inconvénient.

En exposant, comme je viens de le faire, tous les inconvéniens d'un instrument dont je me sers presque exclusivement, j'espère que ce que je dis en sa faveur ne sera pas suspect.

Le second temps de l'opération est celui d'ouvrir la capsule en l'incisant dans toutes les directions. On le fait mieux avec une simple aiguille droite.

Après l'ouverture de la capsule, le crystallin sort le plus souvent spontanément par suite de l'action des muscles du globe de l'œil, quand l'opération a été faite conformément à toutes les règles, ce qui ne se peut pas toujours. En thèse générale, il faut se servir

aussi peu que possible de la pression exercée sur le globe de l'œil et de la curette de Daviel. Quand on a besoin de ces manœuvres, il faut qu'elles soient exécutées avec le plus de ménagement possible. La largeur insuffisante de l'incision est la cause la plus ordinaire de la sortie tardive, difficile ou incomplète du crystallin : il est plus facile de prévenir cet inconvénient que d'y remédier. Il est toujours très-fâcheux d'être obligé d'agrandir la plaie avec les ciseaux.

2. *L'abaissement* de la cataracte consiste à éloigner le crystallin opaque de l'axe visuel, de manière à rendre le champ de la pupille libre, sans que ce corps soit expulsé de l'œil ou morcelé. Sous le nom d'abaissement, on confond d'ordinaire deux méthodes essentiellement différentes, et qui ont chacune leurs indications spéciales : celle de la *dépression* et celle de la *réclination*, que nous décrirons chacune à part.

La *dépression* ou l'*abaissement direct* se fait en déplaçant le crystallin de haut en bas, en appliquant une aiguille convenable sur son bord supérieur, et en le faisant descendre derrière l'iris, de manière à le placer au fond de l'œil dans le milieu de la partie antérieure du corps vitré, tellement que son bord supérieur devienne l'antérieur, et que sa surface postérieure devienne la supérieure. Il n'est pas possible de lui donner une autre position en l'attaquant par sa circonférence supérieure.

La *réclination*, au contraire, s'effectue en plaçant l'aiguille sur la surface antérieure du crystallin et dans son diamètre diagonal, et en le rejetant, par un mouvement de bascule, en arrière, en bas et en dehors, de manière à le plonger dans la partie moyenne externe et inférieure du corps vitré, correspondant à peu près à l'espace situé entre les muscles droits externe et inférieur.

La dépression ne peut être faite qu'en introduisant l'aiguille par la sclérotique. (*Scléroticonyxis.*)

La réclination peut être exécutée par la scléroticonyxis, en introduisant l'aiguille par la cornée (*cératonyxis*; de *kéras*, corne, *onnussô*, une ponction). Quand on opère par la scléroticonyxis, les premiers temps de l'opération sont les mêmes pour la dépression et la réclination, avec cette seule différence, que pour faire la réclination, on fait la ponction des membranes à une ligne au dessous du diamètre transversal de l'œil, tandis que pour la dépression, on doit la faire un peu au-dessus du même diamètre.

Dans les deux opérations, je préfère, après avoir fait la ponction, passer de suite l'aiguille entre les procès ciliaires et la crystalloïde antérieure, car en la passant d'abord derrière le crystallin pour en contourner le bord supérieur, elle reste trop long-temps cachée, et on blesse bien plus facilement le corps ciliaire. Quand l'aiguille paraît dans la pupille, on l'amène, pour faire la *dépression*, devant la capsule-antérieure au bord supérieur du crystallin; on la place sur ce bord, et en levant le manche de l'instrument et en baissant la pointe, on chasse le crystallin directement en bas, tant que la hauteur de l'œil le permet; après cela on ne peut lui imprimer d'autre mouvement, si on continue la pression sur le même point, que de le renverser en avant en le couchant sur sa surface antérieure. Pour faire la *réclination*, au contraire, quand l'aiguille paraît dans la pupille, on la pousse de bas en haut dans le diamètre diagonal de la pupille, jusqu'à ce que sa pointe ait disparu en haut et en dedans derrière le bord pupillaire. Il ne faut pas perdre de vue, que le point de la ponction se trouve en bas à une ligne à peu près au-dessous du diamètre horizontal de l'œil, et en dehors; qu'ainsi en dirigeant l'aiguille en haut et en dedans on lui fait décrire une ligne intermédiaire entre les diamètres transversal et vertical de l'œil, ligne que je désigne par le nom de *diamètre diagonal*. Quand l'aiguille se trouve placé de la sorte, on en soulève le manche, comme pour l'approcher de la réunion du front et de la racine du nez, de manière à lui faire décrire un arc de cercle. Par cette manœuvre on déplace le crystallin, en le rejetant, comme nous l'avons dit, en bas, en dehors et en arrière.

La *réclination* peut aussi se faire par la *cératonyxe*; quelques ophthalmologistes très-distingués l'exécutent de préférence par ce procédé; alors on introduit l'aiguille comme nous le dirons quand nous parlerons du broiement : on applique la convexité de l'instrument sur la partie supérieure de la surface antérieure du crystallin, et, par une pression exercée avec cette convexité, en levant le manche on renverse le crystallin en arrière, de manière à ce que son bord supérieur devienne le postérieur, et la surface antérieure la supérieure.

3. Le *broiement* ou mieux la *discission* de la cataracte consiste à diviser le crystallin en petits fragmens, que l'on abandonne à la résorption. On peut la faire par *scléroticonyxe* ou par *cératonyxe*.

Quand on emploie la *première*, on incise la capsule et le crystallin dans toutes les directions, dès que l'aiguille paraît dans le centre de la pupille. Pour procéder par *cératonyxe*, on choisit une aiguille courbe, dont le fer de lance doit être beaucoup plus court que celui des aiguilles dont on se sert pour la scléroticonyxis; autrement on pénétrerait, particulièrement quand la chambre antérieure est étroite, de suite dans le crystallin, et l'on y ferait tourner l'aiguille, sans pouvoir convenablement ouvrir la capsule; il en résulterait que le crystallin ne pourrait pas être résorbé et que la capsule, enflammée, deviendrait opaque et adhérente au crystallin; d'une cataracte lenticulaire on aurait alors fait une capsulo-lenticulaire, qui nécessiterait une seconde opération beaucoup plus difficile. L'aiguille devrait pénétrer par la cornée, un peu au-dessus du bord inférieur de la pupille, dilatée par l'extrait de belladone, et dans le diamètre vertical de l'œil; ce point est le plus favorable pour éviter le tiraillement de l'iris et pour pouvoir porter la pointe de l'aiguille également sur tous les points de la capsule et du crystallin qu'on voudrait inciser. Une petite cicatrice dans ce point ne gêne pas la vision.

Le précepte de porter des morceaux de crystallin dans la chambre antérieure pour les faire résorber plus rapidement, est non-seulement faux et basé sur la théorie erronée que l'humeur aqueuse serait sécrétée dans la chambre postérieure, et résorbée dans la chambre antérieure, mais il peut encore devenir funeste; car avant d'être résorbés, les fragmens du crystallin se ramollissent et se gonflent; ils trouvent un espace suffisant pour le développement de leur volume

n'étaient autre chose que des vésicules pulmonaires chroniquement enflammées, on ne les retrouverait que dans le parenchyme pulmonaire. Or, cette production morbide se rencontre fréquemment dans la rate, les reins, et les membranes séreuses. Ce qui prouve que la granulation n'est que le premier degré du tubercule, c'est qu'on observe constamment ces deux productions morbides dans le même poumon, et que les granulations occupent les portions du parenchyme pulmonaire les moins altérées.

Dans tous les cas, à une exception près, les deux poumons furent simultanément affectés. Les cavernes furent également plus nombreuses au sommet qu'à la base : elles étaient plus nombreuses et plus vastes chez ceux qui succombèrent après un temps plus ou moins long. Douze de ces malades offrirent des cavernes assez vastes pour loger une pomme de reinette. Dans huit cas, ces vastes cavernes siégeaient à gauche, et dans quatre cas à droite. Elles étaient tapissées par une fausse membrane résistante, reposant sur un tissu gris et induré. Les petites excavations étaient recouvertes d'une fausse membrane beaucoup plus molle. Le tissu qui les entourait était sain ou simplement engoué.

Dans aucun de ces cas, il n'exista de tubercule enkisté. Cette forme est rare. Sur 200 cadavres de pthisiques ouverts par M. Louis à la charité, cet observateur ne l'a constatée que deux fois. La matière contenue dans les excavations était liquide, puriforme et contenait de nombreux grumeaux. Elle exhalait une grande fétidité. Dans un cas des tâches noires existaient autour des cavernes, et indiquaient une altération gangréneuse du poumon. Ces cavernes communiquaient soit entre elles, soit avec les bronches.

Causes. Les femmes sont plus prédisposées que les hommes à l'affection tuberculeuse. Le rapport de la fréquence des tubercules chez les femmes et chez les hommes est de 3 à 1. Ce résultat auquel M. Louis avait été conduit par ses premières recherches, a été confirmé par M. *Benoiston de Châteauneuf*, dont le relevé statistique porte sur 1554 phthisiques. Après le sexe, on doit placer parmi les causes prédisposantes le tempérament lymphatique. M. Louis n'attribue pas une grande influence aux vêtemens. Il pense que les reproches adressés aux corsets que portent les femmes des grandes villes sont sans fondement.

L'inflammation doit-elle être considérée comme la cause des tubercules ? A cette question, les faits répondent négativement. En effet, les tubercules sont plus fréquens chez la femme que chez l'homme, ce qui est l'opposé de la pneumonie qui est beaucoup plus commune chez ce dernier, dans la proportion de 3 à 1. On peut en dire autant du catarrhe pulmonaire qui s'observe plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Et d'ailleurs l'auscultation fait entendre dans l'inflammation des bronches un râle muqueux et sous-crépitant vers la base du poumon ; les tubercules, au contraire, ont leur siége au sommet.

Dans vingt cas de dilatation des bronches, M. Louis n'a trouvé que quatre fois des tubercules. D'ailleurs cette altération occupe dans le plus grand nombre des cas la base du poumon. Enfin, les recherches nécroscopiques nous apprennent que les bronches n'offrent des traces d'inflammation qu'autour des excavations ulcéreuses, preuve bien manifeste que cette phlegmasie n'est point primitive, mais qu'elle est consécutive au ramollissement des tubercules. On ne saurait non plus attribuer une influence marquée à la pleurésie sur le développement des tubercules ; car l'inflammation de la plèvre est plus fréquente à droite qu'à gauche, tandis que dans la phthisie le poumon gauche est plus souvent et plus profondément altéré que le droit, comme nous l'avons dit plus haut. Les lésions des cavités droites du cœur paraissent aussi n'avoir aucune influence sur la production des tubercules. Sur 44 maladies du cœur observées par M. Louis, 29 fois l'affection siégeait dans les cavités droites ; deux de ces malades seulement présentèrent des tubercules à l'autopsie.

La fièvre typhoïde paraît être une cause excitante de la phthisie pulmonaire. Plusieurs individus dont le poumon était sain avant l'invasion de la fièvre typhoïde, sont devenus phthisiques pendant la convalescence de cette affection.

Caractères anatomiques. Outre les tubercules crus ou ramollis et les excavations tuberculeuses, on a observé, soit dans les poumons, soit dans les autres organes, de nombreuses altérations. Dans quatre cas seulement, le parenchyme pulmonaire était hépatisé dans une assez grande étendue. La trachée-artère a offert dix fois des ulcérations, le larynx huit fois, l'épiglotte deux fois. Ces ulcérations occupaient la partie du canal aérien qui, pendant la vie, était en contact avec la matière expectorée. Du reste ces organes n'ont jamais offert de tubercules. M. Louis n'a rencontré des ulcérations du larynx et de la trachée que dans la phthisie ou la syphilis. Il pense que l'on pourrait rayer sans inconvénient des cadres nosologiques la phthisie laryngée et la phthisie trachéale admise par M. Cayol. Dans le mémoire de ce praticien, il existe cinq observations dont une seule paraît concluante. Chez cinq des huit sujets qui ont offert des ulcérations du larynx, on a constaté pendant la vie une altération plus ou moins profonde de la voix. Dans ces derniers cas, les altérations siégeaient au niveau des cordes vocales. Dans les cas d'ulcération de l'épiglotte, les boissons revenaient par le nez.

La plèvre était recouverte de fausses membranes à droite dans vingt cas ; à gauche, dans seize. La séreuse pulmonaire fut perforée dans deux cas. Cette perforation fut suivie d'un pneumo-thorax. Dans trois cas, les fausses membranes contenaient des tubercules, et dans un cas des granulations. Sept de ces malades présentèrent les traces d'une péritonite tuberculeuse.

L'estomac fut trouvé sain dans deux cas seulement. La muqueuse gastrique présenta de légères variétés, telles que le ramollissement, l'ulcération, le mamelonnement.

Dans quatorze cas, la muqueuse de l'intestin grêle fut trouvée ulcérée. Ces ulcérations occupaient dans la plupart des cas la circonférence de l'intestin ; elles étaient transversales, différant en cela des ulcérations de la fièvre typhoïde, qui sont toujours longitudinales. Au fond de ces ulcérations existaient des tubercules ou des granulations. La muqueuse du gros intestin ne présenta des ulcérations que dans trois cas, mais elle offrit de la rougeur avec ramollissement ou épaississement dans plusieurs cas.

On observa des tubercules dans les ganglions mésentériques cinq fois ; dans les ganglions cervicaux trois fois; dans la plupart de ces cas la muqueuse de l'intestin et celle du larynx étaient exemptes d'altération, ce qui prouve que l'inflammation n'a eu aucune part au développement des tubercules des ganglions.

La dégénération graisseuse du foie fut observée cinq fois ; quatre fois chez la femme, une fois chez l'homme. Dans aucun cas le foie ne contenait des tubercules; la rate en était farcie dans quatre cas.

Le cerveau présenta du ramollissement dans cinq cas, et un épanchement séreux des ventricules dans dix-huit cas.

Symptômes. La toux fut le premier symptôme qu'accusèrent les malades. Elle persista pendant douze à dix-huit mois avant l'invasion des accidens graves qui révélaient une altération profonde du parenchyme pulmonaire.

La toux fut sèche d'abord, puis elle fut suivie d'une expectoration variable aux différentes époques de la maladie. La matière expectorée présenta une odeur gangréneuse chez un sujet qui offrit à l'autopsie une gangrène du tissu pulmonaire qui entourait une caverne. Des hémoptysies plus ou moins fortes et répétées eurent lieu chez neuf sujets, dont trois femmes et six hommes. On observa des douleurs thoraciques chez quinze malades, elles eurent lieu du côté de la poitrine où existaient des fausses membranes après la mort.

Chez quelques malades la percussion et l'auscultation n'apprirent rien sur l'état du poumon. Chez d'autres on constata successivement la matité, les craquemens, les gargouillemens, la pectoriloquie, le bruit de pot fêlé. Le décubitus avait lieu ordinairement sur le côté opposé aux excavations. La dyspnée devint subitement très-intense dans les cas de pneumo-thorax. La diarrhée fut, chez trois malades, le premier symptôme observé. Des vomissemens eurent lieu pendant longtemps chez trois malades qui offraient la complication d'une péritonite.

La phthisie pulmonaire latente peut être révélée par deux ordres de faits indépendans de l'auscultation et de la percussion; nous voulons parler de la péritonite chronique et de la pleurésie double. Depuis quatre ans, M. Louis n'a observé ces deux affections que chez des individus qui portaient des tubercules dans les poumons. Ainsi l'existence de l'une de ces deux affections chez un malade qui ne présente du reste aucun signe de phthisie, suffit pour la faire diagnostiquer.

Traitement. La médication employée dans les hôpitaux est purement palliative. M. Louis a expérimenté quelques médicamens qui ont été vantés par d'autres médecins. Chez plusieurs il a fait quelques applications de sangsues sur les clavicules sans aucune espèce d'avantage. La saignée n'a procuré qu'un soulagement momentané. L'acide prussique, préconisé par M. Magendie, a également échoué. Dans la diarrhée colliquative, il s'est abstenu des toniques astringens. A la Charité, on prodiguait ces derniers médicamens. Chez les malades qui ont succombé à l'hôpital de la Pitié, l'intestin a présenté les mêmes altérations que chez les malades traités à l'hôpital de la Charité. La médication qui a procuré le plus de soulagement aux phthisiques soumis à l'observation de M. Louis, c'est l'opium et ses différentes préparations.

GAZETTE DU 10 AOUT.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

LÉSION

DE L'ARTÈRE RADIALE PAR UN COUP DE SERPETTE,

Abondantes et nombreuses hémorrhagies; emploi méthodique de la compression ; accidens ; pourriture d'hôpital. Emploi du chlorure d'oxide de sodium; guérison.

Parmi les moyens curatifs qui ont été mis en usage par les praticiens dans le traitement de plusieurs maladies chirurgicales qui surviennent par suite de la divison accidentelle des artères; la compression tient, *bien à tort* suivant M. Dupuytren, un des premiers rangs.

C'est à l'aide de bandes simples, de bandages composés ou de quelqu'appareil particulier que l'on exerce la compression sur une partie. Mais il faut, dit le professeur, dans l'application de ces moyens, apporter une grande attention ; car les effets sont très différens suivant l'état, la nature de la partie sur laquelle on exerce la compression. Si ces bandages compressifs sont d'un tissu dense et trop serré; qu'ils ne puissent absorber l'humeur perspiratoire, qu'ils la retiennent à la peau, ils occasionnent souvent une irritation qui fait détacher l'épiderme, et produit des ulcérations très-douloureuses qui obligent à suspendre ou à abandonner l'usage des moyens compressifs.

Ce sont des accidens semblables que nous avons eu occasion d'observer chez un jeune malade couché, il y a peu de temps encore au n° 17 de la salle Sainte-Marthe.

Louis Prosper, âgé de 20 ans, d'une bonne constitution, jardinier à Rosay en-Brie, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 29 mai dernier, pour une plaie qu'il portait à la partie antérieure et inférieure de l'avant bras droit. Cette plaie offrait deux pouces de largeur sur quatre de longueur. Elle était due à un accident que le malade a raconté comme il suit. « Il était occupé avec un de ses camarades à tailler des orangers; celui-ci retranchait les branches qu'il jugeait inutiles, et notre malade, pour faciliter ce travail et ménager les arbustes, tenait chaque branche par les deux extrémités.

C'est dans le cours de ce travail qu'il reçut un violent coup de serpette. Une branche plus élastique, plus résistante que les autres demanda aussi plus de force pour la diviser. Au moment de sa section, l'extrémité recourbée de la serpette vint frapper le bord in-

terne du radius droit du malade, et divisa en même temps l'artère radiale.

Le sang s'élança par jet avec une telle force, que le jeune homme effrayé, courut chercher des secours chez le chirurgien de l'endroit. Celui-ci qui faisait sa ronde quotidienne, ne rentra qu'au bout de trois heures. Le malade malgré quelques moyens de compression, avait déjà perdu beaucoup de sang.

Après un premier examen peu attentif, sans doute, le chirurgien assura que l'artère n'était pas divisée, et qu'un petit bandage suffirait pour arrêter l'écoulement de sang. Il réunit par première intention, appliqua des bandelettes de dyachilon gommé, et recouvrit le tout de charpie, de compresses et de bandes.

Cet appareil n'empêcha point l'hémorrhagie de se reproduire d'une manière effrayante et jusqu'à sept fois dans l'espace de 20 jours.

Le malade profitant de quelques avis du maire de Rosay, consulta un second chirurgien qui reconnut la nature de l'affection, et enfin l'adressa à M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, qui l'envoya dans le service de M. Dupuytren.

Il résultait de toutes les déperditions de sang que ce jeune homme avait éprouvées une multitude d'effets asthéniques fort remarquables.

Ainsi : décoloration et pâleur de la peau qui avait même pris une couleur jaune livide plombée; disparition des veines sous-cutanées, nulle expression dans la figure, yeux mornes et abattus, pupilles dilatées, paupières livides, lèvres décolorées.

Le malade avait très-peu d'appétit, et la moindre quantité d'alimens le rassasiait; ses digestions étaient difficiles. Il éprouvait de la pesanteur à l'épigastre, des envies de vomir, etc.

Les battemens du cœur chez lui étaient faibles et à peine sensibles. Des défaillances, des syncopes survenaient pour la moindre cause. Il y avait une diminution de la chaleur générale, des frissons à chaque instant; la respiration était lente, l'inspiration peu profonde parce qu'il n'avait pas la force de dilater sa poitrine; sa parole était lente, traînante, sa voix faible par la même cause.

L'abattement au moral comme au physique était surtout remarquable. C'est en vain que nous avons cherché nous-même à lui faire prendre courage, il est resté long-temps indolent, ennuyé, il avait des idées tristes et sinistres, une inquiétude extrême, enfin une disposition à l'hypocondrie.

Le premier soin, quand il fut reçu à l'Hôtel-Dieu, fut de lever l'appareil que le voyage avait mis dans un état de relâchement tel, qu'il lui aurait été impossible de s'opposer à l'hémorrhagie si elle était survenue. On fut peu étonné de trouver la plaie gangrénée; la peau, les muscles et les tendons des fléchisseurs participaient au désordre, ils étaient dénudés, nécrosés.

Le chirurgien de garde arrosa le membre avec une dissolution de chlorure d'oxide de sodium, et appliqua un bandage méthodique.

Le 3 juin, à la visite du matin, la plaie qui la veille avait un assez bon aspect, avait changé. Des espèces d'enfoncemens ronds ou ovalaires se présentaient à sa surface et fournissaient une suppuration blanche épaisse, et tellement abondante que l'on se vit forcé de faire deux pansemens par jour.

L'odeur qui s'exhalait de la plaie était caractéristique. La tuméfaction, la douleur et l'inflammation accompagnaient cette première complication.

La peau était comme marbrée aux environs de la plaie, le tissu cellulaire était engorgé, grisâtre; les parties environnantes étaient gonflées, douloureuses, les picotemens que le malade éprouvait ne lui laissaient aucun repos.

M. Dupuytren attribua à deux causes le développement de la pourriture d'hôpital, les nombreuses et abondantes hémorrhagies que le malade avait éprouvées, et l'atteinte portée à la vie des parties locales par la compression.

Nous aurions, pu, dit-il, employer les toniques chez ce jeune homme, mais nous n'avons pas voulu donner un nouvel aliment à l'hémorrhagie, nous nous sommes contenté de lui faire donner *une décoction de grande consoude acidulée avec du sirop de gomme et quelques gouttes d'eau de Rabel.*

Le 7 juin, ce jeune homme était dans un état plus satisfaisant, le chlorure avait fait disparaître la pourriture d'hôpital sans toutefois empêcher les progrès de la nécrose des tendons. Le teint du malade était devenu plus animé, le pouls était plus plein, plus fréquent. Une nouvelle hémorrhagie peu abondante avait été arrêtée.

Le lundi 10 juin, le malade n'avait éprouvé aucun accident. Il fut pansé simplement avec de l'eau froide, il restait un peu de boursoufflement des parties.

Le 15 juin, à la visite, la séparation des tendons nécrosés se fit sans difficultés, la plaie prit un meilleur aspect. Le malade était toujours d'une grande faiblesse, il avait éprouvé *sept hémorrhagies* par suite desquelles il certifiait avoir perdu plus de *sept litres de sang.* M. Dupuytren a saisi cette occasion pour donner quelques conseils à suivre dans des accidens semblables.

» Ne vous fiez jamais à la compression, a-t-il dit, surtout quand votre malade sera éloigné de vous.

La compression échoue 80 fois sur cent, la ligature réussit 98, sur le même nombre de cas.

Mais toutes les fois que vous aurez à l'appliquer, il faut le faire immédiatement après l'accident, et non après que les tissus ont subi une vive inflammation; ils cèdent alors; les parois des artères étant devenues sécables, vos ligatures tombent presque toujours au bout de vingt-quatre heures. Le malade couché à Saint-Marthe a été soumis à un régime fortifiant, et a été amené à une heureuse guérison. »

Il est sorti de l'Hôtel-Dieu pour retourner à Rosay, ne conservant plus à l'avant-bras qu'une plaie de quelques lignes qui tendait à se cicatriser.

Depuis sa sortie, nous avons dû à l'obligeance de l'interne de la salle de M. Husson, la satisfaction d'avoir de ses nouvelles.

Le médecin de Rosay a écrit, il y a quatre jours, que Louis Prosper était entièrement rétabli.

AUSSANDON.

OSSIFICATION

DE LA BOSSE PARIÉTALE DE LA CIRCONFÉRENCE AU CENTRE;

Par M. le docteur Gageon, de Bray-sur-Seine;

OBSERVATION COMMUNIQUÉE,

Par M. J. J. Rattier.

Toutes les fois que l'observation vient nous révéler des faits nouveaux, quoique souvent ils appartiennent à la classe des exceptions, et qu'il paraisse au premier abord qu'on ne saurait en rien conclure de général, il est toujours bon de les consigner dans les annales de la science. Un jour peut-être ils mettront sur la voie d'importantes découvertes. M. le docteur Gageon, de Bray-sur-Seine, vient de nous communiquer un exemple assez curieux d'ossification de la bosse pariétale. Voici la note qu'il nous a transmise à ce sujet.

Le 31 mars 1833, je fus appelé par un accoucheur dans un village, à quelque distance de ma résidence, auprès de madame Benoist. Cette dame, âgée de 42 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, avait eu deux enfans arrivés à terme, mais à l'occasion desquels on avait été obligé d'employer le forceps. Peu de jours après ce troisième accouchement, qui s'était heureusement terminé, on me fit dire que l'enfant portait une tumeur à la tête. Je trouvai en effet une tumeur ovoïde à peu près de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, coupé selon son grand diamètre, occupant le centre du pariétal droit, et sans changement de couleur à la peau. Elle me parut irréductible, et faisait pousser des cris à l'enfant toutes les fois qu'on essayait de la refouler. On sentait par intervalles quelques battemens obscurs et isochrônes à ceux du pouls. Quand l'enfant pleurait, la tumeur rougissait et augmentait de volume. Le doigt, promené à sa base, faisait reconnaître dans l'os une perte de substance considérable et à bords inégaux. Pensant avoir affaire à une hernie du cerveau, je me bornai à la préserver de tout contact externe en la recouvrant d'une calotte. Dix jours plus tard je sentis de petites pointes osseuses, qui toutes partaient de la circonférence et convergeaient vers un centre commun, passant sous la peau et au-dessus de la tumeur, dont la saillie était à peine sensible.

Bientôt les pointes osseuses s'étaient multipliées à l'infini, et plusieurs d'entre elles se touchaient par leurs extrémités. Enfin dix semaines après la naissance, la tumeur avait complètement disparu, et était remplacée par une bosse pariétale très-bien ossifiée, mais un peu plus saillante que celle du côté opposé. L'enfant n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé; ses facultés intellectuelles ne paraissent nullement affectées.

—

HOTEL-DIEU D'AIX.

(Bouches-du-Rhône.)

—

VASTE CANCER DE LA FACE;

Extirpation de la lèvre inférieure, du menton, d'une partie de la lèvre supérieure, de la plus grande partie de la joue droite; résection de l'os maxillaire inférieur; application nouvelle du procédé de chéloplastie de M. le professeur Roux;

Par M. le docteur Goyrand, chirurgien chef-interne.

Jacques Trone, cultivateur, âgé de quarante-quatre ans, se présenta à l'hôpital d'Aix, le 28 décembre dernier; il était atteint d'un affreux cancer qui lui avait dévoré la moitié de la face. Cet homme nous fit de cette manière l'histoire de sa maladie : il lui survint, il y a environ un an, un petit bouton vers l'extrémité droite du bord libre de la lèvre inférieure. Ce bouton, d'abord indolent, fut bientôt traversé par des élancemens; il fit des progrès assez lents, et acquit en six mois le volume d'une aveline. A cette époque, Trone se fit opérer; le bouton fut cerné par une incision en V, et la plaie fut réunie au moyen d'une suture entortillée.

Les élancemens ne cessèrent jamais de se faire sentir, et quinze jours après l'opération, un ulcère cancéreux de la largeur d'une pièce de 5 fr. occupait la place du bouton. L'ulcère s'étendit rapidement et porta au loin ses ravages. Le malade s'adressa à moi, cinq mois environ après la première opération; je le trouvai dans l'état suivant : l'ulcère avait envahi toute la lèvre inférieure, tout le menton, la moitié antérieure de la joue droite et le tiers droit de la lèvre supérieure. A droite et en haut, le cancer se prolongeait au-dessous de la peau encore saine, par des engorgemens, dont l'un, peu étendu en largeur, remontait à côté du nez et s'élevait jusque vers la base de l'orbite; l'autre s'étendait largement dans l'épaisseur de la joue; celui-ci avait sa base tournée vers l'intérieur de la bouche, et formait, à la surface muqueuse de la joue, un relief aplati, que le doigt, porté dans la bouche, circonscrivait aisément, et qui s'étendait en arrière jusque vers le bord antérieur de la branche de la mâchoire. La peau qui recouvrait ces prolongemens du cancer était saine et mobile. La surface de l'ulcère était toute hérissée de tubercules rouges et saignans et sillonnée d'anfractuosités au fond grisâtre et exhalant un ichor fétide. La lèvre inférieure avait la dureté du cartilage; les fongosités qui s'élevaient de son bord libre soulevaient la lèvre supérieure, recouvraient les dens antérieures des deux mâchoires, et rendaient très-difficile l'introduction des alimens dans la bouche. Les parties molles du menton adhéraient intimement à l'os maxillaire; la gencive était boursoufflée à la partie antérieure de l'arcade alvéolaire inférieure; l'ulcère était le siége de violens élancemens; les ganglions lymphatiques des régions sous maxillaire et parotidienne n'étaient nullement engorgés.

Tronc voulait être opéré, nous nous rendîmes à ses instances. Voici quel était mon plan : je ne doutais guère de l'altération de l'os maxillaire inférieur, et de la nécessité d'en sacrifier une partie; cependant, comme je n'en jugeais que d'après l'adhérence de la masse cancéreuse et le gonflement de la gencive, l'erreur, sur ce point, n'était pas impossible, et je ne devais procéder à la résection de l'os qu'après l'avoir mis à découvert et bien examiné. La perte de substance que j'allais faire subir aux parties molles était si grande, que, quelle que fût ma détermination à l'égard de l'os, je ne pouvais nullement songer à rapprocher les joues d'un côté à l'autre, et pour fermer la brèche que nous allions faire, je résolus de reformer le menton et la lèvre inférieure, au moyen d'un lambeau que je détacherais de la région antérieure du cou, et que je relèverais jusqu'à la hauteur ordinaire du bord libre de la lèvre inférieure. Je pratiquai l'opération le 30 décembre, en présence de MM. les docteurs Arnaud, Guiran, Omer, de plusieurs autres médecins et de tous les élèves qui fréquentaient l'hôpital.

Le cancer fut cerné par trois incisions, dont la première, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, s'étendait de la partie inférieure interne de la base de l'orbite au bord libre de la lèvre supérieure, à droite de son tubercule médian, en rasant l'aile du nez, la seconde commençait au même point que la première, avec laquelle elle formait un angle aigu, se dirigeait en bas et en dehors, décrivant une courbe à concavité antérieure, et se prolongeait jusqu'au-dessous de la base de la mâchoire, divisant seulement la peau de la joue vers le milieu de l'espace qui séparait le bord antérieur du muscle masséter de l'angle labial, et comprenait toute l'épaisseur des parties molles adhérentes à l'os maxillaire. Une troisième incision fut portée verticalement de l'angle gauche des lèvres au-dessous de la base de la mâchoire. Je détachai ensuite la peau du prolongement de la tumeur, qui s'étendait dans l'épaisseur de la joue, puis j'abattis de haut en bas la base cancéreuse; je séparai les parties molles de l'os, et les détachai enfin par une incision transversale pratiquée au-dessous de la base de la mâchoire.

Dans ce premier temps de l'opération, je tordis trois artères. L'os maxillaire inférieur fut trouvé vermoulu, ramolli; l'altération de l'os dépassait un peu à gauche la symphise du menton; du côté droit elle s'étendait au loin, et je crus devoir scier l'os du côté droit sur l'alvéole de la seconde grosse molaire; à gauche, sur celle de l'incisive latérale. Ces deux dents furent extraites : un bistouri courbe, tranchant sur sa concavité, glissé sous la face linguale de l'os, fraya le passage au stylet conducteur de la scie à chaîne; l'os fut d'abord scié du côté droit, puis à gauche. L'action de la scie fut prompte; la portion de la mâchoire comprise entre les deux traits de scie, fut tirée en avant, et le bistouri conduit perpendiculairement sur sa face linguale, divisa successivement les muscles mylo-hyoïdiens, digastriques, et enfin les génio-glosses; ces derniers furent à dessein coupés à huit lignes environ de leur point d'attache à l'apophyse génienne (1).

Dans ce dernier temps de l'opération deux artères seulement donnèrent du sang : la sous-mentale droite, qui put être aisément isolée et tordue, et une branche de la linguale qui, enfoncée dans un interstice musculaire de la langue, ne put être bien dégagée, et fut liée avec quelques fibres musculaires dont elle était entourée. Après la section des génio-glosses, la langue fut entraînée en arrière et en haut, et resta appliquée contre la partie postérieure de la voûte palatine; mais sa rétraction n'entraîna aucun accident. La plaie résultant de cette opération était effrayante. Les deux moignons de l'os maxillaire étaient largement dénudés; il était évident que le rapprochement des parties molles, d'un côté à l'autre, serait de toute impossibilité. Pour le prouver aux assistans, je rapprochai à deux différentes reprises, les moignons de l'os maxillaire et les chairs latérales; mais ces dernières restaient toujours fort écartées, et ces manœuvres, refoulant fortement en arrière la paroi inférieure de la bouche et la langue, déterminaient une sensation de strangulation qui nous obligeait d'y renoncer à l'instant. Je prolongeai alors les incisions latérales en bas, jusques au-devant du cartilage thyroïde, en les faisant légèrement converger; je détachai des régions sus-hyoïdienne et laryngienne un lambeau quadrilatère formé de la peau et des muscles peaucicrs, lambeau qui fut laissé adhérent par son bord inférieur; et, faisant fortement incliner en avant la tête du malade, je pus, non sans quelque difficulté, élever le bord supérieur du lambeau jusqu'à la hauteur ordinaire du bord libre de la lèvre inférieure. Le moignon gauche de l'os, coupé perpendiculairement présentait en avant un angle tranchant qui empêchait l'exacte application du lambeau aux surfaces qu'il devait recouvrir. D'un trait de scie nous abattîmes cet angle, et nous donnâmes à l'extrémité du moignon la forme d'un bec de flute. Les surfaces saignantes furent bien nettoyées, nous fermâmes ensuite l'angle supérieur de la plaie en affrontant les bords saignans de la section de la lèvre supérieure et de la partie supérieure de la joue droite; les rapports de ces parties furent maintenus par deux points de suture entortillée. Le lambeau fut ensuite relevé, et ses bords latéraux furent réunis aux bords saignans de la section des joues, par la suture entortillée (trois points de chaque côté). La différence de longueur du lambeau et des bords saignans de la section des joues et de la région sus-hyoïdienne était telle, qu'on ne pouvait songer à établir une coaptation exacte entre ces parties dans toute leur étendue; aussi nous bornâmes-nous à affronter exactement la partie supérieure des bords latéraux du lambeau avec la partie correspondante de la section des joues, et nous affaissâmes la saillie des parties latérales de la région sus-hyoïdienne, au moyen d'une bandelette agglutinative. Nous n'appliquâmes d'autre appareil qu'un linge enduit de cérat. Le malade fut reconduit à son lit, sa tête fut tenue

(1) Je retranchai une partie des muscles génio-glosses, parce que, prévoyant que la cicatrice qui devait par la suite donner insertion à ces muscles, serait sur un plan postérieur à l'apophyse génienne, je craignis qu'un excès de longueur ne rendit leur action moins complète.

fortement inclinée en avant, au moyen de plusieurs oreillers; nous lui recommandâmes de ne faire aucun mouvement de déglutition.

La dissection de la pièce pathologique ne nous laissa aucun regret : l'instrument avait dépassé dans tous les sens les limites du mal.

Les premiers jours on n'accorda au malade aucune boisson. Les tisanes furent remplacées par des tiers de lavemens donnés de trois en trois heures, et des fomentations sur l'abdomen. L'agitation occasionée par l'opération se calma dans la journée; la fièvre ne fut pas très-violente ; aucun accident ne survint le jour de l'opération.

Le 31, à sept heures du soir, le malade fait des mouvemens de déglutition qui sont suivis d'une grande gêne dans la respiration. L'élève de garde accourt auprès de lui, et lui ordonne de cesser les mouvemens de déglutition ; la respiration se rétabit à l'instant.

Le 1er janvier, dans la matinée, cet accident se renouvelle; nous le faisons cesser de la même manière.

Le 2, la fièvre est presque nulle, la salive coule en abondance, le lambeau et les parties voisines des joues sont légèrement tuméfiés; le malade a eu plusieurs heures de sommeil pendant le nuit. *Trois tiers de lavement de bouillon ; même nombre de clystères émolliens; fomentation sur l'abdomen.* La nuit suivante, délire léger pendant lequel le malade arrache les aiguilles qui unissent le bord droit du lambeau à la joue correspondante. L'adhésion de ces parties est déjà très-solide ; cependant je le soutiens au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage en fronde : les mouvemens de déglutition se font sans accidens. *Lavemens de tisane et de bouillon.*

Le 4, la langue ne reste plus appliquée à la voûte palatine, comme les premiers jours; elle se meut librement en trois sens, sa pointe se porte en avant avec la plus grande facilité, les parties mises en contact paraissent bien réunies. Le malade avale quelques cuillerées de tisane et de bouillon, qui passent très-bien.

Le 5, j'ôte les deux épingles inférieures du côté gauche, l'épingle supérieure de la lèvre supérieure, l'adhésion est parfaite dans les points correspondans; la déglutition est facile; le malade prend du lait et du bouillon en abondance. Sommeil parfait; plus de délire, ni de rêvasseries, plus de fièvre.

Le 6, j'ôte les deux dernières épingles; l'adhésion est parfaite à la lèvre supérieure ; la partie supérieure de la plaie gauche ne s'est pas réunie ; à cet endroit, les deux bords sont écartés, adhérens au moignon gauche, et suppurent. La partie inférieure des bords latéraux du lambeau, et les points correspondans de la section de la région sus-hyoïdienne, fournissent une petite quantité de pus ; le bord libre du lambeau fournit également un pus louable. L'extrémité des deux moignons de la mâchoire, fixée par sa partie inférieure dans la cicatrice résultant de l'union de la face postérieure du lambeau avec les surfaces antérieures du plancher de la bouche, s'est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature vers le bord alvéolaire. La suppuration est très-peu abondante, la déglutition est parfaite. *Potages légers, bouillons et lait.*

Le 9, la partie inférieure des bords latéraux du lambeau s'est presque entièrement réunie aux parties voisines, et ne fournit que très-peu de pus; la surface suppurante du bord libre du lambeau s'est beaucoup rétrécie ; le sommeil et l'appetit sont excellens, les forces reviennent.. Tronc se promène une partie du jour.

Le 13, suppuration presque nulle. Le malade tient la tête bien droite. Je touche quelques points avec le nitrate d'argent.

Le 20, la cicatrice est presque partout achevée. La face est peu difforme, elle est cependant un peu contournée. Les deux moignons sont inclinés l'un vers l'autre et en avant : de là, changement dans les rapports des deux arcades dentaires. Ce qui reste de l'inférieure est plus près de la ligne médiane que les dents correspondantes de l'arcade supérieure. Le menton est irrégulier; à gauche, il a presque sa saillie normale, soutenu qu'il est par l'extrémité du moignon gauche ; du côté droit, il fuit en arrière. Le lambeau regarde en avant et à droite, il est uni à la joue gauche sur l'extrémité antérieure du moignon correspondant, par une cicatrice linéaire et imperceptible. La cicatrice qui l'unit à la joue droite, également linéaire, répond au-devant du moignon droit et est fortement déprimée.

Sa surface postérieure a contracté de solides adhérences avec la surface antérieure du plancher de la bouche; son bord supérieur adhère à la partie supérieure de cette surface, et ne forme aucun bourrelet pour remplacer la lèvre inférieure; mais la partie antérieure du plancher de la bouche, repoussée en haut par le lambeau, s'est relevée au-dessus de sa hauteur ordinaire, de telle manière qu'il ne reste entre la lèvre supérieure et le bord libre du lambeau, dans l'état d'élévation de la mâchoire inférieure, qu'un intervalle de deux lignes environ. La cicatrice qui réunit le lambeau aux parties sous-jacentes, et dans lesquelles viennent s'insérer les deux moignons, a acquis une grande solidité. Le lambeau est déprimé, les chairs latérales de la région sus-hyoïdienne forment sur ses côtés deux saillies présentant quelques plis transversaux, qui viennent finir dans la cicatrice. La peau de la partie moyenne de la région antérieure du cou, fortement tendue, forme un ruban longitudinal, étendu de la base du lambeau à la fourchette du sternum.

Les mouvemens d'élévation, d'abaissement et latéraux de la mâchoire se font avec un ensemble parfait; les mouvemens de la langue sont parfaitement libres et aussi étendus que dans l'état normal. La parole est assez nette, la déglutition n'est nullement gênée, la mastication ne s'est exercée jusqu'à ce jour que sur des corps mous, mais tout fait espérer qu'elle s'exercera plus tard avec facilité sur des corps solides et durs. Le malade perd de la salive, mais en faible quantité, et ses digestions n'en sont nullement dépravées; l'appétit est très-vif, la santé parfaite, l'embonpoint revient. Tronc sort de l'hôpital le 21 janvier, vingt-troisième jour après l'opération.

Le 28, il revient me voir : il ne reste plus qu'un point suppurant vers la partie inférieure du bord gauche du lambeau ; c'est un pertuis fort étroit, surmonté de quelques fongosités que je cautérise avec le nitrate d'argent.

Les heureux résultats de cette opération ont été constatés par MM. les docteurs Arnauld, Cassagne, Guiraud, Omer, Corse, Behr et plusieurs autres médecins. Ils sont, si je ne m'abuse, bien supérieurs à ceux qu'on a obtenus des méthodes ordinaires dans des cas semblables.

GAZETTE DU 22 AOUT.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

SERVICE DE M. BAUDELOCQUE.

OBSERVATIONS

SUR L'EMPLOI DES BAINS SULFUREUX DANS LA CHORÉE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Chorée intense; récidive; emploi des bains sulfureux un mois après l'invasion; guérison franche après un mois de traitement.

Adèle Cartier, âgée de 12 ans, nerveuse, irritable, d'une constitution grêle, fut prise pour la première fois d'accidens choréiques à la suite d'une vive frayeur au mois de juillet 1832. Elle entra à cette époque à l'Hôtel-Dieu, où elle fit un séjour de cinq semaines, et dont elle sortit radicalement guérie. Elle ne peut fournir aucun renseignement sur la médication qui fut employée. Pendant les cinq mois qui suivirent sa sortie de l'Hôtel-Dieu, elle n'éprouva pas le plus léger accident nerveux.

Mais au mois de janvier 1833, sans cause appréciable, elle fut prise pour la seconde fois de symptômes offrant la plus grande analogie avec ceux qu'elle avait présentés précédemment.

Entrée à l'hôpital le 24 février, elle offrit l'état suivant : mouvemens irréguliers et involontaires de la tête et des membres supérieurs et inférieurs, agitation des muscles de la face et distorsion des muscles de la bouche lorsqu'elle essaie de parler; gêne de la déglutition et de la prononciation. Progression difficile; elle traîne surtout la jambe droite lorsqu'elle essaie de marcher; elle ne peut saisir aucun corps avec les mains; elle ne peut porter à sa bouche aucun aliment ni aucune boisson. On est obligé de la faire manger. Du reste elle n'éprouve ni céphalalgie, ni rachialgie. Le pouls est régulier et n'offre pas de fréquence. La langue est naturelle, l'appétit normal, le ventre souple et indolent, les selles régulières; on n'observe également aucun désordre du côté de l'appareil respiratoire. Le sommeil est calme, les mouvemens choréiques cessent pendant sa durée. *Tilleul édulcoré, bain sulfureux avec addition d'une certaine quantité de gélatine, demi-portion d'alimens.*

On continue la même médication jusqu'au 1er mars, époque à laquelle il se manifeste une amélioration sensible.

Le 3 mars la malade parvient à manger seule; elle traîne beaucoup moins les jambes en marchant. *Même prescription.*

Le 11 mars les mouvemens des membres supérieurs sont à peine sensibles, elle serre les mains avec assez de force, elle porte à la bouche un verre de tisane sans la répandre. L'amélioration fait de sensibles progrès.

Le 19 mars il ne lui reste plus qu'un léger tremblement de la langue, et qu'une voix saccadée. On persiste dans l'emploi des mêmes moyens.

Enfin le 22 mars la volonté a recouvré son empire sur tous les muscles affectés. La progression est régulière, la voix naturelle, la déglutition facile; tous les symptômes nerveux ont disparu; la malade a pris, pendant le cours de son traitement, de la force et de l'embonpoint. On suspend les bains sulfureux. Elle quitte l'hôpital le 24 mars.

Dans ces cas l'efficacité des bains sulfureux ne saurait être révoquée en doute. La malade n'a été soumise qu'à cette seule médication, et la guérison a eu lieu au bout d'un mois. Cette coïncidence entre l'emploi des bains sulfureux et la cessation des symptômes choréiques n'a pas été observée seulement chez cette malade; nous l'avons remarquée dans neuf autres cas en l'espace de trois mois. Nous nous contenterons de rapporter les deux suivans.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Chorée survenue à la suite d'une indigestion; emploi des bains sulfureux huit jours après le début; guérison au bout de dix-huit jours.

Joséphine Parot, âgée de 9 ans et demi, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouva le 1er janvier 1833, à la suite d'une indigestion, les premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Entrée le 8, elle présente l'état suivant : agitation convulsive des muscles des membres thoraciques et abdominaux; la malade ne peut se tenir debout; en marchant elle traîne la jambe droite. Les mouvemens sont peu marqués lorsqu'elle est en repos; mais l'agitation convulsive se manifeste dès qu'elle veut exercer un mouvement volontaire. Les muscles de la face sont intacts. La langue est agitée d'un léger tremblement. La parole est embarrassée; la déglutition est libre. Du reste, pas de trouble de l'intelligence, pas de céphalalgie, rien qui annonce le désordre de la sensibilité. Les fonctions de la vie nutritive jouissent de toute leur intégrité. Les accidens qui s'étaient manifestés du côté des voies digestives au début ont entièrement disparu. La langue est large, humide; il n'existe ni vomissemens, ni diarrhée, ni douleurs de ventre. Le pouls est calme, la chaleur de la peau naturelle.

On commence le 8 l'usage des bains sulfureux, que la malade continue jusqu'au 24. On lui donne pour boisson une légère infusion de tilleul, et on lui accorde la demi-portion.

Le 12 il y a eu une amélioration sensible ; mais la malade commet un écart de régime, il survient de la diarrhée et une exaspération des accidens nerveux. On diminue la quantité des alimens et l'on continue l'usage des bains sulfureux. La diarrhée cesse au bout de deux jours, et le 17 les mouvemens des membres supérieurs et inférieurs sont moins fréquens et beaucoup moins prononcés. La parole est plus libre, la progression plus facile.

Enfin, le 20 janvier tous les accidens ont complètement disparu ; la malade a recouvré la liberté de tous ses mouvemens. Elle quitte l'hôpital le 26, entièrement guérie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Chorée affectant les membres du côté droit ; entrée à l'hôpital six mois après l'invasion ; traitement par les bains sulfureux ; guérison en 17 jours.

Céline Groseau, âgée de 12 ans, d'une assez bonne constitution, entra à l'hôpital le 8 février, accusant six mois de maladie. Au début la malade fut prise sans cause connue de mouvemens irréguliers du bras droit ; bientôt le membre inférieur du même côté se trouva affecté. La maladie, qui avait débuté sans cause connue, augmenta graduellement d'intensité. Lorsqu'elle fut soumise à notre examen, les membres supérieur et inférieur du côté droit étaient seuls affectés. l'expression de la physionomie était naturelle. Les muscles de la face et du cou restaient soumis à l'empire de la volonté. Pas de céphalalgie, pas de gêne de la prononciation et de la déglutition. L'appétit était conservé ; il était même, au rapport des parens, plus vif qu'avant l'invasion des accidens nerveux. (*Tilleul, bain sulfureux, demi-portion.*) Sous l'influence de cette médication, l'état de la malade ne tarda pas à s'améliorer.

Le 12 les mouvemens spasmodiques ne reviennent que toutes les 3 ou 4 minutes.

Le 20, la guérison est complète. Cette jeune fille quitte l'hôpital le 23, entièrement guérie.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.

RÉSECTION

DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, PRATIQUÉE POUR UNE TUMEUR OSTÉO-SARCOMATEUSE, OCCUPANT PRESQUE TOUT LE CORPS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par le docteur MARTIN,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

La nommée Anne Contan, âgée de 47 ans, d'une assez bonne constitution, ayant toujours joui d'une assez parfaite santé, fut mariée à 27 ans, et eut 5 enfans bien portans.

Le 12 juin 1830, elle entra à l'hôpital de Marseille pour une tumeur fongueuse occupant presque toute la partie moyenne de la mâchoire inférieure, avec déjettement de l'arcade dentaire dans la cavité buccale.

Cette tumeur, du volume du poing, avait mis 6 mois à se développer ; elle avait commencé, sous forme de durillon, dans l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la mâchoire, et paraissait même avoir son principal siége dans les substances de l'os. De petites douleurs se firent d'abord sentir à la dent canine du côté gauche, et se propagèrent ensuite vers les dents molaires de ce côté, sans qu'il y eût la moindre apparence de carie.

Les douleurs augmentèrent peu à peu, la tumeur se développa et acquit bientôt le volume qu'elle avait lors de l'opération.

La malade avait déjà fait usage de plusieurs remèdes qui lui avaient été conseillés par des personnes étrangères à la médecine ; et, loin d'en éprouver du soulagement, elle s'apercevait au contraire que son état devenait tous les jours plus inquiétant. C'est alors qu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu (12 juin 1830), époque à laquelle le docteur Martin était chargé du service des blessés.

L'aspect de cette malheureuse était vraiment hideux ; la tumeur avait atteint le volume du poing, elle était dure dans toute son étendue, excepté au sommet, où on croyait sentir un peu de fluctuation. La base adhérait à la mâchoire ; la peau qui la recouvrait était d'un rouge violacé, la chaleur plus forte que dans l'état normal. Sous le corps dermoïde on sentait des inégalités et des bosselures comme dans presque toutes les tumeurs de ce genre ; les douleurs étaient lancinantes, la salive découlait par la lèvre inférieure tiraillée par la tumeur ; l'haleine était fétide ; l'expression de la face annonçait assez que la malade était tourmentée par des douleurs atroces.

Dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, les douleurs devinrent plus aiguës, et bientôt il se déclara une sorte d'inflammation phlegmoneuse caractérisée par la tension, la rougeur et la sensibilité plus vive des parties environnantes.

Peu de jours après l'emploi des cataplasmes émolliens, il se forma un petit abcès purulent dans le centre de la tumeur, qui fut ouvert par une simple ponction ; il en sortit une petite quantité de pus, et la tumeur conserva sa dureté et ses dimensions.

Dans les premiers jour de juillet, le chirurgien réunit une consultation des médecins et chirurgiens affectés au service de l'hôpital ; et, après avoir examiné avec toute l'attention que réclamait un cas aussi important, on put apprécier toute la gravité du mal et l'étendue que la tumeur avait acquise, ainsi que les progrès qu'elle avait faits depuis l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu. Il fut décidé unanimement que l'ablation de la tumeur était le seul moyen d'arrêter les progrès du mal.

Le docteur Martin procéda à l'opération en présence d'un grand nombre de médecins de la ville et de tous les élèves de l'hôpital. La tumeur fut d'abord cernée par deux incisions transversales et demi-elliptiques, correspondant par leur concavité ; la première partait de la région parotidienne à gauche, en passant sur le bord libre de la lèvre et le menton, jusqu'au-dessous

de l'angle de la mâchoire inférieure du côté opposé. La seconde, s'étendant du même point à gauche, formait une courbe dont la convexité dirigée en bas, passait à quelques lignes au-dessus de l'os hyoïde et venait se terminer à droite, en se réunissant à l'ellipse supérieure. La peau, qui recouvrait la tumeur, ulcérée sur quelques points, et d'abord trop amincie, se trouva ainsi comprise avec les parties qui devaient être enlevées. La dissection fut minutieuse; les lambeaux renversés, on exerça quelques tractions sur la tumeur, qui se sépara du maxillaire à un point où tout vestige d'ossification avait complètement disparu. Avant de scier les bords de la mâchoire, les dents qui gênaient furent extraites, et l'os sectionné dans un endroit sain. Tout ce qui se trouvait compris entre l'apophyse coronoïde gauche, jusqu'à quelques lignes en arrière de la symphyse du menton du côté droit, fut ainsi enlevé; des ligatures furent placées sur les vaisseaux divisés, et la peau ramenée fut réunie par dix-huit points de suture. Un appareil convenable fut appliqué, et la malade mise à la diète la plus rigoureuse. L'usage de la parole fut strictement défendu, et, dans le traitement, tout se passa ainsi qu'il suit :

Le 6 juillet, deuxième jour. Léger gonflement de la face, mouvement fébrile. *Tisane émolliente.*

Le 7, troisième jour. Réaction assez forte, déglutition difficile.

Le 8, quatrième jour. Diminution du gonflement et de la gêne de la déglutition. L'appareil, imbibé de salive, est enlevé; trois points de suture sont coupés; la réunion est presque immédiate.

Le 9, cinquième jour. Diminution progressive des symptômes inflammatoires. *Deux nouveaux points de suture sont coupés.*

Le 10, sixième jour. On observe un peu de suppuration à la plaie; les bords se sont légèrement écartés.

Le 11, septième jour. Le gonflement a presque entièrement disparu; il n'existe plus d'inflammation; la salivation est abondante; la déglutition continue à se faire avec facilité; la nuit a été calme. *On coupe d'autres points de suture.*

Le 12, septième jour révolu. Les derniers points de la suture sont coupés; la malade est dans l'état le plus satisfaisant.

Le 13, huitième jour. L'amélioration se soutient si bien, qu'une légère soupe est permise à la malade.

Le 14, neuvième jour. Rien de plus remarquable à observer.

Le 15, dixième jour. La plaie est complètement réunie dans l'étendue de deux pouces à chacune de ses extrémités; le centre offre deux points désunis à travers lesquels découle la salive. On rapproche avec les agglutinatifs. *Soupe.*

Le 16, onzième jour. On aperçoit des bourgeons charnus dans le fond de la plaie; la salive passe toujours par les deux points nommés. *Même pansement.*

Le 17, douzième jour. Le rapprochement des bords est très-marqué. (La quantité de salive par la plaie est moins grande.)

Du douzième jour au vingtième, la réunion est complète. On ne panse plus la malade que de loin en loin; des soupes plus consistantes, ainsi que quelques biscuits, lui sont permis.

Du 25 au 30 juillet, les forces sont, pour ainsi dire, rétablies, la bouche est très-rétrécie, à cause de la grande déperdition de substance, la malade, d'ailleurs, n'est point défigurée, et présente moins de difformité qu'avant l'opération; elle séjourne pendant quelque temps dans l'Hôtel-Dieu, pour la laisser complètement rétablir.

Le 22 septembre, jour de la sortie, son teint est frais, l'embonpoint est parfait, la cicatrice très-solide, et la malade n'éprouve aucune douleur.

J'ai eu occasion de voir cette femme quelquefois à la campagne; (c'est le docteur Bailly qui parle) sa santé est parfaite; elle se livre à tous les travaux qui lui offrent quelque ressource, et la portion du maxillaire du côté droit qui lui reste a acquis assez de consolidation pour lui permettre de manger du pain frais.

GAZETTE DU 24 AOUT.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ.

SERVICE DE M. P. DUBOIS.

TROIS OBSERVATIONS

D'EMBRYOTOMIE LUES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Présentation de l'épaule, sortie du bras; version impossible; embryotomie.

Une femme de 33 ans, enceinte pour la deuxième fois, et à terme, entra à l'hôpital le 27 mai 1830, à 11 heures du soir. Elle avait des douleurs depuis le 23, et ces douleurs avaient ainsi persisté depuis plus de 100 heures. Les membranes s'étaient rompues dès le début. Le bras, qui avait franchi la vulve, était très-tuméfié, noir et froid; l'épaule était fortement engagée dans le bassin; un liquide noir et fétide s'écoulait par le vagin; la femme était épuisée. Madame Legrand, sage-femme en chef, ne crut pas devoir opérer avant qu'elle eût repris des forces, et que le gonflement et la rigidité des parties ne fussent diminués.

A son arrivée, le lendemain matin, M. P Dubois fut convaincu que l'enfant était mort. Il voulut introduire la main droite pour opérer la version, mais cela lui fut impossible, par suite de l'endolorissement et de la rigidité des parties. N'ayant alors égard qu'à l'intérêt de la mère, il se décida à pratiquer l'embryotomie. Avec de forts ciseaux courbes, il coupa le bras du fétus, et tenta de porter un crochet mousse sur la colonne lombaire, qu'il lui fut très-difficile d'atteindre et d'attirer, la colonne étant très-élevée et le point d'appui n'offrant plus ni assez d'étendue, ni assez de

solidité. Prenant alors un parti plus simple et plus rationnel, il agit sur la colonne cervicale, et la détacha aisément de la tête avec des ciseaux courbes. Le corps de l'enfant étant extrait, la tête descendit dans le bassin, et l'extraction en fut faite sans difficulté et avec peu de douleur pour la mère. La tentative indiquée d'abord a donné à l'auteur une idée peu favorable du procédé du docteur Lee.

La femme succomba au bout de quelques jours.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Présentation de l'épaule; sortie du bras; embryotomie.

Le 27 janvier 1831, une femme déjà mère de plusieurs enfans, fut amenée à l'hôpital, d'un village des environs de Paris. Le travail avait commencé depuis trois jours, les membranes étaient rompues, et le bras gauche avait franchi la vulve : on avait tenté la version sans pouvoir y réussir. Le bras était actuellement tuméfié, d'un rouge-brun; l'épaule était engorgée et mobile. Une anse considérable du cordon pendait hors de la vulve, froide et sans pulsations. L'introduction de la main fit reconnaître une large déchirure au vagin et à l'utérus, dont les contractions rendirent cette introduction fort douloureuse. La femme était exténuée · on lui donna quelques heures de repos. Alors l'embryotomie par la section du col fut pratiquée aisément, et le corps fut extrait avec facilité au moyen du bras. La tête fut également extraite avec promptitude et par l'introduction du doigt dans la bouche. La mère éprouva peu de douleur, fut surprise de la promptitude et de la facilité de sa délivrance. Elle succomba quelques jours après.

TROISIÈME OBSERVATION.

Présentation de l'épaule; sortie du bras; version; décollement.

Le 1er août 1830, une femme de 30 ans, et enceinte pour la quatrième fois, fut amenée à l'hôpital. La sage-femme reconnaissant une présentation de l'épaule, fit appeler en ville un accoucheur, qui crut devoir faire la version sur les pieds et l'exécuta aussitôt; mais la tête fut arrêtée au détroit abdominal, et les violentes et inutiles tractions qu'on exerça ne purent lui faire franchir le détroit; elle finit même par être complètement détachée du tronc: c'est dans cet état qu'elle fut amenée à la Maternité. Plusieurs heures s'étaient écoulées depuis les dernières tentatives; l'utérus s'était fortement contracté. M. P. Dubois pensa aussitôt, ou que le bassin était vicié, ou que la tête de l'enfant était malade. Le diamètre sacro-pubien fut en effet trouvé plus étroit que dans l'état normal; la malade apprit d'ailleurs que ses accouchemens précédens avaient tous été difficiles. Il fallait donc diminuer le volume de la tête; mais les vertèbres cervicales étaient restées attachées à la tête et se présentaient. On les détourna, non sans quelque difficulté, et la tête fut tournée sur la région temporo-pariétale. Une large perforation y fut faite, et un flot abondant de liquide jaillit à l'instant; la tête, réduite à un moindre volume sortit avec facilité. L'enfant était donc hydrocéphale.

OBSERVATIONS D'ÉRYSIPÈLE.

TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DITE D'EXPECTATION,

Par le docteur PERDRIX.

Je vois dans le premier numéro du *Journal des Connaissances médicales*, un nouveau moyen de traiter les érysipèles de la face, préconisé par quelques observateurs anglais; il consiste à pratiquer avec la lancette un très-grand nombre de mouchetures (plus d'un millier) sur la partie qui est le siége de la maladie.

Je pense que cette méthode qui, selon moi, est bien plus propre à augmenter qu'à diminuer l'érysipèle, subira le sort d'une foule de moyens employés depuis long-temps contre cette affection.

Sans vouloir entrer ici dans aucune considération sur l'érysipèle et son traitement, je me bornerai à rapporter à cette occasion deux cas assez graves qui viennent de s'offrir à mon observation dans ma pratique. Déjà un grand nombre de fois je me suis convaincu, qu'en se bornant à suivre et à surveiller la marche du mal, en remplissant quelques indications par des moyens simples, on voit la maladie arriver à une terminaison heureuse, tandis qu'assez souvent les symptômes s'exaspèrent, et leur durée se prolonge, sous l'influence d'une médication active ou perturbatrice.

Première observation.

Madame V..., âgée de 24 ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, est prise, à la suite d'un violent accès de colère, d'un tremblement général avec frissons, de nausées, de céphalalgie; quelques heures après, sentiment de chaleur incommode à la face, démangeaison et rougeur de cette partie; agitation, insomnie.

Le deuxième jour, au matin, je vois la malade : gonflement et rougeur du nez, des joues, sensibilité très-grande des tégumens de la face et du front, céphalalgie sus-orbitaire, agitation; langue humide, rosée, point de fièvre.

Deux pédiluves, deux lavemens émolliens, infusion pectorale, diète.

Le troisième jour, gonflement considérable de toute la face, couleur violacée et brillante de la peau, tuméfaction des paupières, impossibilité de les écarter; tégumens du crâne d'une sensibilité extrême. Pouls élevé, délire. Même prescription; l'infusion pectorale est remplacée par quelques tasses de bouillon de veau aux herbes.

Le quatrième jour, la malade est un peu plus calme; le gonflement cependant est le même, il a envahi, ainsi que la rougeur, toute la tête et une partie du cou; les oreilles excessivement tuméfiées sont le siége de vives douleurs; la langue est sabur-

rale, le pouls normal. Limonade, lavement avec addition d'une once de miel de mercuriale et d'une demi-once de sulfate de magnésie.

Le cinquième jour, le gonflement est à peu près le même, la rougeur et le brillant de la peau sont moindres; la malade se plaint de vives douleurs qui paraissent avoir leur siége dans les muscles du cou. Cataplasme émollient, limonade.

Le sixième jour, gonflement encore assez prononcé, sensibilité de la peau, sentiment de faiblesse. La malade se lève : lypothimie, quelques nausées. Lavement avec demi-once de sulfate de magnésie. Limonade; deux soupes maigres aux herbes.

Les septième et huitième jours, les parties reprennent insensiblement leur état et leur aspect naturel, l'épiderme se détache et tombe en écailles; quelques petites tumeurs arrondies, dures, existent dans le cuir chevelu. La faiblesse est toujours grande.

Le neuvième jour la malade prend une once de sulfate de magnésie et quelque tasses de bouillon aux herbes. La convalescence est évidente. L'appétit et les forces ne tardent pas à revenir, et madame V se livre de nouveau à ses occupations.

Deuxième observation.

Presqu'en tout semblable à la précédente, cette observation en diffère néanmoins par quelques symptômes plus graves. Le sujet est un jeune homme de 20 ans, d'un tempérament bilieux, se livrant avec ardeur à l'étude, et fatigué par des veilles prolongées.

Dans la nuit du 10 au 11 août, il éprouve un violent mal de tête accompagné de frissons et de nausées; il lui semble, dit-il, que la face se gonfle, que les yeux sortent des orbites; il y a de l'agitation, de l'insomnie, un léger délire.

Le matin on me fait appeler. La face est en effet gonflée, rouge, brillante, le nez surtout. Ces parties sont le siége d'une vive démangeaison; les nausées n'ont pas persisté, il n'y a pas de fièvre. Deux pédiluves, deux lavemens, limonade; diète.

Le 12, le gonflement a envahi tout le cuir chevelu; la sensibilité des parties affectées est excessive. Il y a de la fièvre, du délire. Je recommande le silence et l'obscurité. Même prescription.

Les parens appliquent sur le front et une partie de la face, des compresses imbibées d'eau émollente; elles irritent le mal. A mon arrivée je les fais enlever.

Le quatrième jour, calme marqué, assoupissement, point de fièvre. La tuméfaction est énorme, la rougeur et le brillant de la peau sont moins marqués. La langue est saburrale, la soif vive. Limonade; deux lavemens dans chacun desquels entre une once de sulfate de magnésie. Ils déterminent plusieurs évacuations.

Les jours suivans, amendement notable de tous les symptômes, desquammation de l'épiderme. Seulement faiblesse extrême, comme dans l'observation précédente. Le malade fait usage pendant quelques jours de boissons laxatives, et reprend quelques alimens, et part pour la campagne parfaitement rétabli.

Je ne tire aucune conclusion de mes observations, je les donne comme des faits à l'appui de l'opinion que j'ai émise au commencement de cet article, entièrement convaincu que chaque jour les praticiens sont à même de faire de semblables remarques.

GAZETTE DU 23 AOUT.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

(Clinique chirurgicale.)

SERVICE DE M. PARADIS, CHIRURGIEN EN CHEF.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'OEIL GAUCHE

ET

Perforation présumée de la paroi supérieure de l'orbite, par un instrument aigu et tranchant sur ses bords.

Le 16 mai, nous reçûmes à l'hôpital un soldat du premier régiment de carabiniers, qui venait de se battre en duel. Ce malade apportait une plaie de l'œil gauche qui avait été ainsi pratiquée, d'après son récit et celui des personnes qui l'entouraient lorsqu'il reçut sa blessure : le coup ayant été porté obliquement de bas en haut, le sabre incisa le bord de sa paupière inférieure, à sa partie moyenne, et transperça l'œil d'avant en arrière pour venir s'implanter dans le plancher supérieur de l'orbite; fait très-probable d'après l'impulsion vive que l'adversaire dit lui-même avoir donnée au fer. D'après ce que dit le blessé, il paraît que d'abord il aperçut une foule d'étincelles qui se croisaient dans diverses directions, et que ce ne fut qu'après être tombé à terre qu'il ressentit de très-vives douleurs.

Ensuite on l'amena à l'hôpital où l'on examina l'état de sa blessure, qui était celui-ci : côté gauche de la face couvert de sang et de sérosité (humeurs de l'œil); bord libre de la paupière inférieure incisée à sa partie moyenne, œil affaissé, conjonctive fortement injectée, paupière supérieure recouvrant à moitié le globe; douleurs très-vives. Pouls très-serré, et les extrémités froides.

Craignant donc que la paroi supérieure de l'orbite n'eût été perforée et conséquemment le cerveau atteint, on fit subir au malade le traitement convenable à la gravité d'une telle blessure. Alors aussitôt, la paupière supérieure ayant été abaissée, on recouvrit l'œil avec des compresses trempées dans de l'eau légèrement saturnée, on pratiqua au sujet une saignée de dix onces. Dix sangsues furent appliquées derrières les oreilles, et des sinapismes furent placés aux pieds. Quatre heures après, le malade qui avait un peu perdu sa connaissance, se trouvant assez bien, accusa une céphalalgie très-intense. La chaleur ayant augmenté, le pouls ayant acquis plus de franchise et de plénitude même, une soif ardente se faisant sentir, on lui pratiqua une nouvelle saignée de 8 onces, et un pot de limonade fut prescrit.

Le 17, au matin, le malade, après avoir assez bien

passé la nuit, se trouvait mieux; il y avait diminution sensible de la céphalalgie, le pouls était moins plein, mais intermittent. (Diète, limonade, lavement laxatif, pédiluve sinapisé).

Le soir, exacerbation des symptômes déjà indiqués; nouvelle saignée de 8 onces, sinapismes aux pieds.

Le 18, au matin, le nuit avait été très-agitée; même prescription. Cet état se montra à peu près le même jusqu'au 20, où l'on remarqua de plus deux ecchymoses, dont l'une plus large du côté droit, aux angles internes de chaque orbite.

Le 21, cette ecchymose était mieux dessinée; mais, du reste, le malade se trouvait mieux. Dix sangsues furent appliquées à l'angle de l'œil malade, et, dès ce moment, l'amélioration marchant rapidement, on conserva les mêmes médications et l'on augmenta, par degré, les portions de régime alimentaire. On pensa l'œil comme les plaies ordinaires, avec une compresse fenêtrée, enduite de cérat et recouverte d'un mince plumasseau de charpie mollette; la conjonctive acquit une consistance charnue, une adhérence assez forte unit bientôt le globe de l'œil aux paupières; et celles-ci entre elles; et le malade sortit parfaitement guéri le 24 juin. Quelques petits mouvemens fébriles semblèrent vouloir se déclarer pendant son séjour à l'hôpital, mais on les maîtrisa facilement au moyen du sulfate de quinine.

Nous avons remarqué que ce n'est que cinq ou six jours avant la sortie de ce blessé, qu'avaient tout-à-fait cessé l'ecchymose et les symptômes de l'épanchement, quoique le malade ne sentît plus aucun malaise, ni aucune pesanteur de tête.

Nous devons signaler comme fait remarquable, comme fait en opposition avec tous ceux du même genre, que nous avons vu dans ce service employer avec succès les révulsifs aux extrémités inférieures, pour combattre les affections cérébrales aiguës, primitives ou consécutives; et notre expérience est assise sur un assez grand nombre de cas qui se sont présentés en peu de temps. Ad. DE D...

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

(SERVICE DE M. BÉRARD JEUNE.)

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX;

Par M. SICHEL.

DIAGNOSTIC ET OPÉRATIONS DE LA CATARACTE.

Exposé succinct des différentes méthodes et procédés pour opérer la cataracte.

(Suite.)

Parallèle des différentes méthodes et procédés, indications et contre-indications de chacune d'elles.

Dans l'état actuel de l'ophthalmologie il est impossible de donner une préférence absolue à telle ou telle méthode. L'oculiste qui toujours ne ferait usage que d'un seul mode opératoire, encourrait absolument le même blâme que le chirurgien qui, ayant pour principe de faire l'amputation circulaire, voudrait l'appliquer à tous les cas indistinctement, sans avoir égard aux circonstances. L'ophthalmologiste, comme le chirurgien, doit connaître toutes les méthodes, savoir les appliquer avec discernement, n'en rejeter aucune d'une manière absolue, à moins qu'elle ne porte en elle un vice fondamental. Pour pouvoir apprécier chacune d'elles à sa juste valeur, il prendra pour base non pas des idées préconçues, mais l'observation saine, attentive, consciencieuse et un raisonnement sage et réfléchi.

L'extraction présente les avantages suivans : l'opération est radicale; le crystallin, emporté au-dehors de l'œil, ne peut ni remonter ni comprimer la rétine et la choroïde, et par là produire des inflammations violentes, difficiles et quelquefois impossibles à combattre, ni passer dans la chambre antérieure et occasioner, par la compression de l'iris, l'inflammation très-grave de cette membrane. L'opérateur exercé est toujours sûr de pouvoir diviser la capsule de manière à prévenir la formation de cataractes capsulaires secondaires qui n'a lieu que très-rarement après une extraction bien faite. Pendant les réactions inflammatoires qui surviennent à la suite des opérations, on n'a pas à craindre le gonflement excessif et l'étranglement des membranes, circonstances que les oculistes modernes ont trouvées tellement graves, qu'ils ont recommandé et exécuté dans une infinité de cas la ponction ou plutôt l'incision de la cornée comme moyen antiphlogistique. En effet, la plaie de la cornée permet au liquide de s'échapper, et diminue par là la tension inflammatoire. Certes, ces raisons militeraient en faveur de cette méthode et entraîneraient irrésistiblement son emploi, si à la suite on n'avait pas à redouter les accidens les plus graves, et qui doivent faire renoncer aux avantages qu'elle peut offrir.

Ainsi, l'opération faite de cette manière est beaucoup plus compliquée, d'une exécution infiniment plus difficile; à cela, il est vrai, l'exercice et l'habileté peuvent suppléer. La sortie de l'humeur vitrée peut avoir lieu; mais elle est rarement assez considérable pour nuire à la version; un tiers de ce corps peut s'échapper du globe de l'œil sans nuire à ses fonctions. Une cicatrice large et épaisse, la procidence de l'iris et son adhérence avec la cornée peuvent survenir; mais ces circonstances deviennent beaucoup moins graves quand la section de la cornée a eu lieu en haut. Le reproche le plus fondé que l'on puisse faire à l'extraction est celui-ci : que la blessure de l'œil étant d'une très-grande étendue, il ne faut qu'une légère cause, indépendante souvent de la volonté du malade ou des personnes qui l'entourent, pour produire une inflammation non pas plus violente que dans les autres ophthalmies, mais qui se termine d'ordinaire par la suppuration, et souvent par la perte entière de l'organe. L'opérateur est dans une entière dépendance des malades et des personnes qui les surveillent; la faute la plus légère peut aussi amener la destruction complète de l'œil. Nous ne disons pas pour cela qu'on ne puisse pas, dans un grand nombre de cas, remédier aux sui-

tes de l'inflammation par la formation d'une pupille artificielle ; au contraire, ces cas sont moins rares qu'on ne croit.

Mais il est inexprimable combien sont petites quelquefois en apparence, les causes qui font échouer l'extraction ; j'ai vu un malade perdre un œil, parce que le deuxième jour après l'opération, lorsqu'il allait très-bien, il fit un léger effort en allant à la garde-robe. Si dans les opérations, en général, le traitement consécutif est important aux succès de l'opération, combien ne doit-on pas prendre de soins pour diriger convenablement le traitement à la suite des manœuvres exercées sur l'œil, organe doué d'une sensibilité exquise. Ici, en effet, ce n'est pas tant la manière dont l'opération est faite, que les soins prodigués au malade après l'opération, qui décident du succès. C'est le plus grave reproche à adresser à l'extraction, reproche qui à lui seul rend indispensable de mieux peser que dans toute autre opération les indications et les contre-indications.

On verra que ce n'est qu'à un nombre assez borné de cas qui ne dépassent et peut-être n'atteignent point le quart de toutes les cataractes opérables que j'assigne l'extraction. En cela, je dois faire preuve d'indépendance et d'impartialité ; car je rejette en ce point les préceptes de mes maîtres et de l'école de Beer, de laquelle je suis disciple : école qui n'emploie les autres méthodes qu'exceptionnellement, et à peine dans un huitième à un dixième des cas.

Indications de l'extraction.

1° Les cataractes très-dures et qui, si on les abaissait très-bas, provoqueraient la compression de la rétine, l'amaurose ou des inflammations chroniques très-rebelles, qui souvent entraînent la perte de la vue. Dans le cas contraire elles remontent facilement.

2° Les cataractes qui, à raison de leur mollesse, ne peuvent pas être abaissées, tandis que l'âge ou la faiblesse des sujets ne permet pas de compter sur la résorption après la discission. Le noyau et les fragmens plus grands étant extraits, les restes de matière molle se résorbent même sur les vieillards, pourvu que la capsule ait été duement incisée, de manière qu'elle ne puisse pas contracter des adhérences avec les restes du crystallin, devenir opaque et former une cataracte secondaire.

3° Celles qui, tombées dans la chambre antérieure pendant l'opération, sans être morcelées ou d'un petit volume, ne pourraient pas, après quelques essais faits avec toute la circonspection nécessaire, être ramenées dans la chambre postérieure. Des manœuvres peu délicates et trop long-temps continuées, et même, sans ces manœuvres, le séjour d'un crystallin entier dans la chambre antérieure, produisent infailliblement l'iritis le plus intense et le plus funeste. Il faut de suite faire l'extraction du crystallin.

4° Dans le cas où aucune des contre-indications spéciales n'existant, il serait fâcheux de devoir revenir une seconde fois à l'opération, comme sur les personnes très-âgées ou quand il sera, par d'autres raisons, urgent de rendre en peu de temps la vue au malade.

5° Dans tous les cas où les autres méthodes ont échoué plusieurs fois, particulièrement si des adhérences partielles, mais assez étendues, en ont été la cause. Alors en faisant l'extraction, il faut couper en même temps la portion adhérente de l'iris. Si quelques essais faits avec l'aiguille pour détacher ces adhérences ne réussissent pas bientôt, il faut s'en désister ; le tiraillement de l'iris et du corps ciliaire serait trop dangereux.

Contre-indications.

1° Toutes les conditions opposées à celles mentionnées dans les indications.

2° L'étroitesse de la chambre antérieure, la convexité de l'iris, l'étroitesse de la fente des paupières, la saillie démesurée des rebords orbitaires et la position profonde des yeux qui en résulte ; la grande mobilité des yeux. Mais tous ces obstacles ne constituent pas des contre-indications absolues ; la dextérité et l'habitude peuvent les vaincre, et il ne faut pas en tenir compte, quand il existe des indications urgentes.

3° Des circonstances invincibles qui empêcheraient le malade de se tenir tranquille après l'opération, telles que des quintes de toux habituelles, un vomissement chronique, souvent seulement le caractère ou le jeune âge du malade.

4° Une complication incurable avec une maladie qui pourrait favoriser la suppuration ; telle qu'une affection goutteuse invétérée ou un haut degré de pléthore, principalement si une telle cause a déjà provoqué la fonte purulente après une opération.

5° Sur les personnes qui n'ont pas tous les soins suffisans, et par cette raison, dans les hôpitaux, où le nombre des infirmiers ne suffit pas d'ordinaire à celui des opérés, il faut mettre la plus grande restriction, ou au moins la plus grande prudence dans le choix des sujets pour l'extraction.

6° Les opacités partielles considérables de la cornée, particulièrement quand il existe dans cette membrane une tendance à l'inflammation chronique.

GAZETTE DU 29 AOUT.

HOTEL-DIEU.

RÉSUMÉ

DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

(Premier article.)

Fièvres intermittentes ; indications et contre-indications des fébrifuges.

Le nombre des malades atteints de fièvres intermittentes s'est élevé à vingt-deux. Chez quinze d'entre eux la fièvre a offert le type tierce ; chez les autres elle a présenté le type quotidien ou quarte. On n'a observé qu'un seul cas de fièvre rémittente. La maladie a été abandonnée à elle même pendant les deux ou trois

premiers jours qui suivaient l'entrée des malades à l'hôpital. Dans un tiers des cas, sous la seule influence du changement de lieu, les accès ont diminué d'intensité, se sont éloignés et ont cessé complètement. Lorsqu'ils ont persisté, on les a combattus avec les fébrifuges. C'est au sulfate de quinine que M. Chomel donne la préférence. Il a été employé avec succès dans tous les cas où la fièvre n'avait pas cessé spontanément, et il a constamment triomphé de la fièvre. Il a toujours été administré le plus loin possible de l'accès.

La cessation spontanée des accès, sous l'influence du changement de lieu, est un fait capital dont n'ont pas assez tenu compte les expérimentateurs. Combien de fébrifuges ne doivent leur réputation qu'à des succès obtenus sur des malades placés dans des conditions opposées à celles au milieu desquelles la fièvre avait pris naissance? Quelques médecins disent avoir combattu efficacement des accès de fièvre intermittente avec deux grains de sulfate de quinine. Il est probable que la plupart de ces faits étaient relatifs à des individus qui se trouvaient sous l'influence d'un changement de lieu.

On ne doit employer les antipériodiques que dans les fièvres intermittentes *essentielles*, indépendantes de tout lésion organique appréciable. Il arrive quelquefois que la fièvre intermittente est symptômatique d'une lésion aiguë ou chronique des organes contenus dans les trois cavités splanchniques. Ainsi il n'est pas rare de voir une fièvre intermittente prendre naissance, pendant le cours d'une affection tuberculeuse qui en est le véritable point de départ. Dans ces cas la fièvre offre le type quotidien, et les accès ont lieu ordinairement le soir. La fièvre intermittente est quelquefois symptomatique d'une affection aiguë ou chronique des voies digestives. Dans ce cas, les accès reviennent souvent après les repas. Un fait de ce genre a été observé récemment à la clinique.

Un malade était pris chaque jour après son premier repas d'un accès complet de fièvre. On supprima les alimens, on le soumit à l'usage des boissons délayantes; et tout disparut comme par enchantement. C'est sur des cas de ce genre que se sont appuyés les médecins qui dans les derniers temps ont vanté l'efficacité des émissions sanguines dans le traitement des fièvres intermittentes. Sans doute cette médication convient dans tous les cas où la fièvre est symptomatique d'une phlegmasie viscérale. Mais on a eu tort de conclure de ces faits que les évacuations sanguines étaient applicables à tous les cas de fièvre intermittente.

En résumé, toutes les fois qu'on est appelé pour donner des soins à un malade affecté de fièvre intermittente, on doit examiner avec soin les trois cavités splanchniques, pour voir si l'une d'elles n'est pas le siége d'une lésion qui est le point de départ de la fièvre. Si cet examen conduit à la découverte d'une altération pathologique, il faudra mettre en usage le traitement qu'elle réclame, sans faire attention à la fièvre intermittente. Dans le cas où celle-ci est indépendante de toute lésion organique appréciable, et où elle n'est pas modifiée par le simple changement de lieu, on doit recourir aux préparations de quinquina qui, méthodiquement administrées, en triomphent toujours plus ou moins promptement.

Fièvre typhoïde; emploi du chlorure de soude dans le traitement de cette affection.

Trente malades affectés de fièvre typhoïde se sont présentés à notre observation. Dix ont succombé. La plupart de ces malades étaient récemment arrivés à Paris. 21 habitaient Paris depuis moins d'un an, 3 depuis deux ans, 6 depuis plus de six ans. 16 ont été observés pendant l'hiver, 14 pendant l'été. Le minimum de l'âge a été 15 ans, le maximum 35 ans. De 15 à 20 ans, nous en avons compté 11, de 20 à 35, 19. Dans quelques cas, le diagnostic a offert de l'obscurité à une époque peu éloignée du début. Mais, sans parler des épistaxis qui ont eu lieu dans la grande majorité des cas, nous avons observé cette série de phénomènes nerveux qui caractérise la fièvre typhoïde. Ainsi la céphalalgie, le trouble de l'intelligence, la stupeur, quelquefois le délire, les troubles de la vision, de l'ouie, la prostration des forces, accompagnés de certains désordres des voies digestives, ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. La gastrite et l'entérite ne donnent jamais lieu à d'aussi grands troubles de l'innervation. Du sixième au douzième jour nous avons vu apparaître sur l'abdomen, le thorax, ces taches rosées lenticulaires, faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la peau, que l'on a désignées avec raison par le nom de taches typhoïdes, et qui sont propres à l'affection dont il est ici question. Très-fréquemment aussi, mais à une époque plus éloignée du début, nous avons observé des *sudamina* siégeant sur le cou, l'abdomen, les aines, et les bras.

Chez un malade couché actuellement dans les salles, cette dernière éruption a été très-confluente. Les membres et le tronc en étaient couverts. Les bulles étaient très-rapprochées sur les parties de la peau qui étaient couvertes de sinapismes, elles avaient une forme ovoïde; la plupart occupaient une étendue égale à celle de l'ongle du petit doigt. Un mouvement fébrile intense existait dans tous les cas, et il n'était nullement en rapport avec les désordres fonctionnels de l'appareil digestif. Chez quelques malades, l'abdomen était tout-à-fait indolent, la diarrhée était très-peu abondante, et cependant le mouvement fébrile était des plus intense. Toutes les fois, dit M. Chomel, que chez un individu dans la force de l'âge, un appareil fébrile persiste pendant huit, dix ou douze jours, sans qu'il soit possible de découvrir l'organe qui en est le point de départ, on doit soupçonner une lésion des plaques de Peyer. Si à la fréquence du pouls, et à la chaleur de la peau, se joignent les symptômes nerveux, que nous avons énumérés plus haut, les soupçons se changent en certitude. Toutes les fois aussi qu'un individu est affecté de fièvre hectique, avec redoublement le soir, et que cette fièvre est accompagnée d'un dépérissement progressif, on doit diagnostiquer une affection tuberculeuse, quoique l'auscultation et la percussion n'en révèlent pas l'existence. La marche de la maladie ou la nécropsie confirment le diagnostic dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas.

La durée de la maladie a été de vingt à trente jours. Dans deux cas le mouvement fébrile a cessé le seizième et le dix-huitième jour. Dix malades sur trente on

succombé. La mortalité a été par conséquent de 1 sur 3. La mortalité a été la même chez les hommes et chez les femmes. Sur neof femmes admises, trois ont succombé. Six malades sont morts pendant l'hiver, quatre pendant l'été. Sur 21 malades qui habitaient Paris depuis moins d'un an, 7 ont succombé, depuis deux ans 6, depuis six ans 1.

La lésion des glandes de Peyer a été observée chez tous les sujets qui ont succombé. Chez ceux qui sont morts à une époque peu éloignée du début, cette lésion consistait dans une tuméfaction et dans une coloration plus ou moins rouge. Plus tard la couleur des plaques était brunâtre, et elles étaient le siége d'ulcérations de grandeur variable. L'latération des follicules de Brunner était fort analogue à celle des plaques ellyptiques. Tantôt ils étaient simplement tuméfiés, tantôt ils présentaient de petites ulcérations arrondies. Les ganglions mésentériques étaient ramollis dans presque tous les cas; on les a même vus quelquefois diffluens. La rate avait constamment augmenté de volume. Sous le rapport de sa consistance, elle n'a rien présenté de constant.

Deux sujets ont présenté des ulcérations de l'œsophage. Deux fois on a constaté un ramollissement de la muqueuse gastrique. Chez six malades, le poumon a été trouvé splénisé ou hépatisé.

Vingt malades ont été soumis à l'usage des chlorures. Six (1) ont succombé. Dix ont été traités sans chlorure, quatre sont morts. Comme M. Chomel a employé les préparations chlorurées avec quelques succès pendant les deux années précédentes, on sera peut-être étonné qu'il n'en ait pas fait usage dans tous les cas. Désirant connaître la valeur thérapeutique de ce médicament, M. Chomel s'en est abstenu, 1° dans les cas où le diagnostic était douteux; 2° chez les malades arrivés agonisans; 3° chez ceux qui étaient arrivés au dixième ou au douzième jour sans présenter de symptômes inquiétans, et chez lesquels tout annonçait une terminaison heureuse.

Depuis trois ans, M. Chomel emploie les préparations chlorurées dans la fièvre typhoïde. Pendant cet intervalle, 40 malades ont été soumis à l'emploi de cette médication. De ces 40 malades 7 ont succombé, ce qui porte la mortalité à 1 sur 6.

GAZETTE DU 31 AOUT.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

VICE DE CONFORMATION DES OS PROPRES DU NEZ;

par suite, tumeur, fistule lacrymale; rétablissement du canal urétral à l'aide d'un villebrequin; guérison.

Les maladies des voies lacrymales produisent des infirmités d'autant plus fâcheuses qu'elles s'étendent souvent jusqu'à l'organe précieux de la vue, et d'autant plus désagréables qu'il est plus difficile d'en cacher la difformité.

Il est des cas où l'on peut être forcé de pratiquer une route artificielle aux larmes. Les plus ordinaires de ces cas sont les suivans :

1° Lorsque le canal nasal est complètement effacé par l'ancienneté de la maladie ou par l'adhérence de ses parois.

2° Lorsqu'il est comprimé par une exostose qu'on n'a pu guérir, ou par le déplacement des os du nez occasioné par un coup.

Dans le but de pratiquer cette opération, on a employé divers procédés.

Paul d'Égine perçait l'os unguis avec un perforatif après avoir d'abord incisé le sac lacrymal. Hunter faisait à l'os unguis une ouverture avec déperdition de substance au moyen d'un emporte-pièce, etc.

Il arrive quelquefois, lorsque la fistule est congéniale, qu'on n'a pas recours à l'ouverture pratiquée dans l'os unguis; c'est ainsi que M. Dupuytren, ayant à traiter en 1821, une jeune fille (la sœur d'un médecin) qui avait une fistule lacrymale congéniale, n'hésita pas après s'être assuré que le canal nasal n'existait pas à pratiquer un conduit artificiel en introduisant un perforateur dans le cul-de sac formé à la place du sac lacrymal.

Il perfora, suivant la direction naturelle du canal, y plaça une canule sur laquelle la petite plaie se ferma en quelques jours, et la jeune fille fut guérie.

Quant à la malade dont nous allons rapporter l'histoire, et qui était couchée, il y a peu de temps encore, à la salle Saint-Jean, elle n'a pas été moins heureuse, car après un mois de séjour elle est sortie entièrement rétablie.

C'était une jeune femme âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, d'une taille moyenne, mariée et dejà mère de trois enfans.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 17 juin dernier, pour y être opérée d'une fistule lacrymale qu'elle portait depuis plusieurs années à l'œil du côté gauche.

Au début de sa maladie elle éprouva, dit-elle, *une humidité* dans tout le globe de l'œil, principalement dans l'angle interne; plus tard succéda à cette humidité un écoulement de larmes pures, qui de temps en temps tombaient sur ses joues. La quantité de ces larmes augmenta peu à peu, et bientôt il parut une légère saillie au point correspondant au sac lacrymal.

Lorsque la malade pressait sa tumeur il sortait par les points lacrymaux une matière puriforme mêlée avec les larmes; cette matière devint ensuite plus abondante et acquit une odeur fétide.

A tous ces symptômes peu alarmans d'abord, en succédèrent d'autres plus graves Ainsi, malgré l'épaisseur du sac lacrymal, l'accumulation continuelle des larmes, et leur putréfaction occasionée par un séjour trop prolongé, finirent par le rompre et par former

---

(1) On peut réduire ce nombre à 5; car un de ces malades a succombé au choléra pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

dans l'endroit où existait la tumeur, une ulcération par où s'écoulèrent les larmes.

C'est dans cet état que la malade fut admise à l'Hôtel-Dieu, et couchée au n° 28 de la salle Saint-Jean.

M. Dupuytren tenta une première fois, le 22 juin, de faire pénétrer une canule dans le conduit lacrymal. Malgré quelques efforts il n'y put parvenir et se vit obligé d'avoir recours à un moyen qui lui avait réussi déjà quatre fois.

Il se servit, pour rétablir le canal nasal, d'un foret qu'il a fait fabriquer à cet usage ; et le lundi, 24 juin, il procéda comme il suit, à l'opération.

La malade étant assise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, il plaça d'abord dans le sac lacrymal une canule qui servit de conducteur à un foret, auquel il suffit d'imprimer quelques mouvemens de rotation pour rétablir le conduit et lui permettre de recevoir la canule.

Les accidens qui suivirent cette petite opération furent une inflammation assez vive, qui s'étendit au périoste et qui fit craindre un instant un décollement ou une nécrose.

La malade évita heureusement toutes ces complications, et le cours des larmes se rétablit aussitôt après que l'inflammation fut tombée.

On détruisit, avec le nitrate d'argent, quelques fongosités qui surgirent, et les escarres qui en résultèrent tombèrent en peu de temps.

Quinze jours après l'opération, la malade était aussi bien rétablie que si elle n'eut été opérée que d'une fistule simple.

Elle est sortie de l'hôpital, et depuis nous l'avons revue, elle n'avait éprouvé aucune espèce d'accident.

Kiste hydatique du poignet, opération par incision ; guérison.

Auguste Hubert, âgé de 30 ans, né à Rouen, où il exerce l'état de frotteur, entra à l'Hôtel-Dieu le 8 juillet dernier, pour un kyste hydatique qu'il portait à l'articulation radio-carpienne du côté droit.

Cet homme fait remonter le début de sa maladie à deux ans ; ayant fait une chute en frottant un vaste appartement, il s'aperçut seulement alors qu'il portait à l'articulation de l'avant-bras avec la main, une tumeur dont une partie était logée dans l'avant-bras, et l'autre vers l'éminence hypothenar. Le malade dit qu'elle se développa sans douleur, et que la seule raison pour laquelle il désirait en être débarrassé, c'est qu'elle le gênait pour faire son état ; en effet, son travail le force à prendre un point d'appui dans cette main pour pouvoir agir librement de la jambe gauche. Il alla trouver M. Flaubert, à Rouen, qui l'adressa à M. Dupuytren.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on put reconnaître la nature de la maladie aux caractères tranchés qu'offrait la tumeur. La pression exercée sur elle déterminait un bruit semblable à celui que rendrait une chaîne de montre dont on ferait rouler les anneaux sur eux-mêmes. Les doigts appuyaient-ils sur une des portions de la tumeur, une grande partie de la matière que celle-ci contenait, passait dans l'autre portion et réciproquement.

La distension qu'avait produit cette tumeur en se développant, était portée à un tel point que les doigts étaient presqu'entièrement fléchis. Quelques douleurs sourdes se faisaient sentir, et devenaient plus vives suivant les variations de la température atmosphérique.

Enfin l'examen des corps contenus dans la tumeur, est venu prouver, au moment de l'opération, qu'ils avaient déjà subi un commencement de dégénération ; accident qui eût sans doute nécessité par la suite l'amputation de l'avant-bras.

M. Dupuytren a modifié en cette circonstance le mode opératoire qu'il met ordinairement en usage. Redoutant avec raison la tuméfaction, le gonflement considérable et l'étranglement qui suit quelquefois cette opération, il a substitué, chez ce malade, à la ponction qu'il fait sur les tumeurs, une incision sur chacune des saillies qu'elles formaient. Par ce moyen, les accidens les plus graves furent en partie évités. Des mèches placées dans les ouvertures facilitèrent l'écoulement de toutes les hydatides. Les symptômes inflammatoires furent dissipés à l'aide des antiphlogistiques, et le malade ayant ses doigts entièrement redressés, sortit de l'hôpital, ne conservant plus qu'un peu de dureté dans la paume de la main.

— Un second malade a été reçu dans la même salle, et couché au n° 50. Il porte dans la main gauche une tumeur de nature semblable. Il a désiré que quelques moyens fussent employés pour dissoudre sa tumeur avant d'en venir à l'opération. Le professeur a consenti à cette demande. On a donc mis en usage *des cataplasmes, des bains d'eau salée; des compresses trempées dans une dissolution de même nature* ont constamment recouvert le poignet. Il est inutile de dire que ces moyens n'ont amené aucune diminution dans la tumeur ; seulement l'humidité entretenue sur la peau lui avait donné un peu de souplesse. Le malade est sorti conservant sa tumeur ; s'il rentre et se soumet à l'opération, nous aurons soin d'en instruire nos lecteurs.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

AOUT, 1833.

RAPPORT

FAIT AU CONSEIL DE SALUBRITÉ,

Sur la Vente de la chair provenant des animaux morts de maladies;

M. Huzard fils, rapporteur.

A différentes époques l'inconvénient de débiter pour la boucherie des animaux morts de maladie a été signalé à l'administration, et l'administration s'est occupée des moyens de prévenir cet abus dans ce qu'il pouvait avoir de dangereux pour la santé des personnes peu aisées qui, en général, consomment ces viandes de moindre prix.

Le premier point à éclaircir a été de savoir quelles maladies dans les animaux de boucherie pouvaient donner à la viande des qualités nuisibles pour le consommateur. Une seule a présenté ce caractère, le charbon. Il n'y a point d'exemples bien constatés d'accidens arrivés par l'emploi de viande d'animaux morts ou abattus à la suite d'autres affections. Il y a même plusieurs exemples qui prouvent que des personnes qui ont mangé des viandes d'animaux morts du charbon n'ont éprouvé aucun accident, tandis que les bouchers qui avaient dépecé ces animaux ont été affectés de pustules malignes. Il paraît que la cuisson détruit le virus contagieux qui se développe dans cette maladie, qui, avec la rage, sont presque les seules qui se communiquent d'une espèce d'animaux à l'autre et à l'homme (1). Quant aux autres maladies contagieuses dans les animaux de la même espèce, l'homme est tout-à-fait à l'abri de la contagion, et s'il existe beaucoup d'exemples malheureux de personnes tombées malades pour avoir touché des matières animales ou en putréfaction ou provenant d'animaux morts de maladies, les maladies que ces personnes ont éprouvées étaient ou le charbon ou d'autres affections qui n'avaient point de rapport avec celles dont l'animal était attaqué.

Le typhus contagieux du gros bétail n'a point empêché de consommer presque tous les animaux qui en ont été attaqués par milliers en 1814, 1815 et 1816, sans qu'aucun accident ait pu faire croire à la nuisance de la viande. Depuis un temps immémorial encore, on consomme dans Paris la chair des vaches attaquées de phthisie pulmonaire, à un degré plus ou moins avancé, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. On peut même dire qu'on consomme quelquefois impunément d'autres viandes moins bonnes que celles des animaux livrés à la boucherie par suite de cette maladie.

Il paraît donc bien constant que les chairs dénaturées par la cuisson ne peuvent être regardées que comme viandes de médiocre qualité, et non comme un aliment dangereux.

Si une famille ne consommait que de mauvaise viande pendant un long espace de temps, ce qui est d'ailleurs impossible, il est probable que des individus se ressentiraient à la fin de cette nourriture; mais peut-être aussi des accidens surgiraient-ils de l'emploi continué et unique de la viande de la meilleure qualité.

Il n'y a donc, monsieur le préfet, que l'emploi de deux qualités de viande à empêcher, l'emploi de celle qui est gâtée et l'emploi de celle d'animaux morts du charbon.

Or, bien peu d'animaux, bœufs ou vaches, sont attaqués du charbon à Paris; les exemples de cette maladie se rencontrent sur les bœufs gras qui sont en route pour Sceaux et Poissy, et ces bœufs sont abattus en route avant que la maladie les tue; ils sont consommés sans qu'on sache qu'ils aient été malades, et leur viande n'en est pas moins vendue comme viande de bonne qualité.

Il ne résulte pas cependant de ces faits et de ces considérations qu'on ne doive pas surveiller le débit de la viande de boucherie; c'est au contraire une raison de rendre cette surveillance plus active, afin, autant que possible, que la viande d'animaux morts

(1) Encore la rage, qui se communique de carnivore à carnivore, ne se communique-t-elle pas d'herbivore à herbivore et d'herbivore à carnivore.

du charbon et celle de mauvaise qualité ne soient pas consommées. C'est pour cela que l'administration n'a pas voulu qu'il soit abattu de vaches en mauvais état, dans les abattoirs de Paris, sans qu'un vétérinaire ait donné un certificat constatant que la vache pouvait être abattue sans danger pour les consommateurs ; c'est pour cela que le débit des basses viandes est soumis à une surveillance sévère de la part de l'administration, et la difficulté de faire abattre clandestinement, dans Paris, un animal malade, fait que c'est plutôt dans les communes des environs, que dans Paris même, qu'il se commet de infractions à cet égard.

D'ailleurs l'intérêt personnel du consommateur, tel dénué de ressources qu'il soit, l'empêche d'acheter des viandes de trop mauvais aspect : c'est du pain qu'il préfère alors à la viande.

En continuant avec soin la surveillance, on rend le débit de viande de mauvaise qualité très-difficile, on rend à-peu-près impossible le débit des viandes nuisibles.

Est-il donc, monsieur le préfet, nécessaire de créer un emploi spécial pour surveiller les animaux qui sont chez les nourrisseurs et pour exercer un contrôle sur ce que ces animaux deviennent ? Nous ne le pensons pas. Ce ne pourrait être que pour empêcher de débiter dans Paris des viandes qu'on n'y débite pas ; car on peut le demander, est-il jamais arrivé, depuis qu'il y a des abattoirs à Paris, que quelque médecin ait été appelé pour traiter une pustule maligne développée chez un individu pour avoir manié de la viande de boucherie?

Si une pareille inspection devait être créée, ce ne pourrait donc être qu'une inspection chargée de surveiller les marcandiers des environs de la capitale, parce que c'est là seulement que des abus peuvent être à craindre, et un vétérinaire ou un médecin, et non un homme étranger à l'art de guérir, devrait en être chargé ; mais est-il possible qu'une pareille inspection puisse prévenir les abus, puisse arriver au but proposé ? Il suffit de poser la question pour faire voir l'inutilité de la mesure. C'est l'autorité locale qui doit tout faire ; la clameur publique lui désignera bien vite le marcandier qui fera le trafic de viande de basse qualité, et l'abandon public le punira de sa cupidité. Si des viandes de mauvaise qualité sont employées frauduleusement, ce ne sera que momentanément, que par de petits gargotiers qui vendent aux classes les plus pauvres, et dans ce cas, la cuisson de la viande préviendra encore ses mauvais effets.

D'après ces considérations, nous pensons, monsieur le préfet, qu'il n'y a pas lieu à donner suite à la proposition de M.***.

OXIDES DE PLOMB ET DE CUIVRE

DANS UNE ANDOUILLE.

RAPPORT

Fait par MM. Girardin et Barruel.

Nous avons examiné, d'après l'invitation de M. le juge d'instruction, le contenu d'un bocal ainsi étiqueté :

Bocal contenant les restes d'une andouille préparée, sans doute, dans des vases mal étamés, et avec laquelle la femme Bariole, journalière, rue de la Pêcherie, n° 8, a été empoisonnée.

La matière contenue dans ce bocal a une couleur gris jaunâtre ; elle a l'apparence d'une matière mollasse, elle est revêtue de petits filamens soyeux qui paraissent être implantés sur sa surface, et que nous présumons être le produit d'une altération spontanée que la matière aura éprouvée, enfin, une sorte de moisissure.

Le bocal débouché, il s'en est échappé une odeur des plus infectes, semblable à celles que répandent les matières animales en putréfaction.

La matière que ce bocal contenait, touchée avec un tube de verre, dans l'intention de la retirer du vase, s'est écrasée contre ses parois : elle a offert la consistance d'une masse pultacée dans laquelle on distingue encore quelques débris de matières animales solides, tels que des portions d'intestins cuits.

On a taré le bocal et son contenu dans une balance, et on a versé dedans le vase de l'eau distillée bouillante qui a promptement délayé le tout, ce qui a permis de le transvaser facilement dans un matras de verre neuf, à large goulot : le bocal ainsi vidé, et bien nettoyé avec de la même eau, a été replacé dans le plateau de la balance, et les poids employés alors à équilibrer la tare nous ont fait connaître que le poids de la matière était de 29 grammes.

Le matras dans lequel on a versé la matière délayée avec de l'eau distillée bouillante, ainsi que les eaux de lavage du bocal, a été placé sur un bain de sable, et on a fait bouillir son contenu pendant une heure, puis on a laissé complètement refroidir.

La matière refroidie formait trois couches de matières bien distinctes ; la couche supérieure, qui avait deux lignes d'épaisseur, était très-blanche, avait la consistance du saindoux ; c'était de la graisse, et sa quantité prouve que l'andouille d'où elle provenait était très-grasse.

La couche placée immédiatement au dessous de la graisse était liquide, trouble, et d'un blanc grisâtre.

La partie inférieure, ou la couche de matière sur laquelle surnagent la portion liquide et la graisse, était formée de fragmens solides, ressemblant à des portions d'intestins et des portions d'estomacs lacérés.

On a bien agité le tout, et on l'a versé sur un filtre de papier joseph préalablement privé de toutes matières solubles, au moyen de l'acide hydrochlorique, et ensuite bien lessivé à l'eau distillée.

La partie liquide qui n'a filtré qu'excessivement lentement, est transparente, a une couleur fauve et répand une odeur beaucoup moins désagréable que celle que répandait la matière avant l'ébullition, et dans laquelle on distingue alors l'odeur de l'andouille grillée.

Cette liqueur a été chauffée jusqu'à 60°, alors, on y a fait passer, pendant une heure, un courant rapide d'acide hydrosulfurique qui n'y a déterminé ni changement de couleur, ni précipité.

Cette expérience démontre positivement que l'eau n'avait extrait de la matière aucune susbtance toxique minérale soluble.

Convaincus par l'expérience ci-dessus que la liqueur ne contenait aucun sel métallique vénéneux soluble, nous avons dirigé nos recherches vers les poisons végétaux, et dans ce but nous avons versé

toute la liqueur dans une capsule de verre, et l'avons évaporée jusqu'à consistance d'extrait, à la température du bain de vapeur.

Le résidu de cette évaporation a été trituré avec de l'alcool absolu, et lorsque le tout a été parfaitement divisé, on a introduit le produit dans un flacon que l'on a fermé, et que l'on a porté à 6° de chaleur en le plaçant dans un bain-marie, pendant une demi-heure : on a laissé refroidir et on a filtré.

La liqueur filtrée, qui avait une légère teinte ambrée, a été évaporée au bain de vapeur jusqu'à siccité: le résidu de cette évaporation, à peine sensible, n'a nulle saveur amère; traité par quelques gouttes d'acide nitrique concentré, il n'a point changé de couleur, soit à froid, soit à chaud, et l'addition de quelques gouttes de protocholure d'étain, n'y ayant rien occasioné, nous concluons que le produit du traitement de l'andouille par l'eau ne contient ni morphine, ni strychnine.

Comme la matière extractive qui n'a pas été dissoute par l'alcool, avait une saveur salée intense, nous avons dû rechercher si le sel employé à l'assaisonnement de l'andouille, n'aurait pas été mélangé de sels iodurés; pour nous en assurer, nous avons mis dans un creuset de platine le résidu insoluble dans l'alcool, et l'avons chauffé jusqu'à ce que le tout fût réduit en charbon, et ne contînt plus de matières organiques; alors nous l'avons réduit en poudre fine, en le triturant dans un mortier, et l'avons fait bouillir avec de l'eau distillée, puis nous avons filtré.

La liqueur filtrée, évaporée jusqu'à siccité dans une capsule de verre, a laissé un résidu salin parfaitement blanc, ayant la saveur franche du sel marin. Toute la masse saline a été mise dans un verre, avec une petite quantité de fécule de pommes de terre; on a versé dessus un peu d'eau, puis on y a ajouté une à deux gouttes de dissolution de chlore. Par cette opération, l'amidon n'a pas bleui, ce qui aurait eu lieu immanquablement, si le sel employé par le charcutier eût contenu des sels provenant du travail que l'on fait subir aux soudes de vareck.

La matière de l'andouille qui ne s'est pas dissoute dans l'eau, pendant la décoction qu'on lui a fait subir avec ce liquide, et qui est restée sur le premier filtre avec la graisse, a été introduite dans un matras avec une quantité assez considérable d'alcool absolu, puis on a porté la température jusqu'au degré de l'ébullition de l'alcool : on a laissé refroidir, et on a filtré. La liqueur filtrée a été évaporée au bain de vapeur, dans une capsule de verre, après avoir été mélangée avec une petite quantité d'eau; lorsque tout l'alcool a été évaporé on a aperçu à la surface du liquide aqueux plusieurs globules huileux qui le surnageaient.

Par le refroidissement, la matière huileuse s'est figée; elle était alors blanche, comme du saindoux, mais plus molle que ce dernier, et n'avait aucune saveur particulière.

La dissolution aqueuse qui n'a laissé déposer aucun sédiment est légèrement colorée en fauve, elle a la saveur de la viande cuite, sans amertume, ni arrière-goût désagréable; évaporée au bain de vapeur jusqu'à siccité le résidu traité par l'acide nitrique n'a présenté aucune réaction qui indiquât la présence de la morphine ou celle de la strychnine.

Si l'andouille que l'on vient d'examiner contient quelques matières nuisibles à la santé, nécessairement ces matières y sont contenues à l'état de combinaisons insolubles dans l'eau et dans l'alcool, et ces combinaisons doivent se trouver entièrement dans le résidu insoluble dans ces deux menstrues. Cette insolubilité nous conduisant à supposer que les substances nuisibles doivent être de nature métallique autre que l'arsenic, nous avons dès-lors expérimenté dans le but d'en constater l'espèce.

Alors, nous avons placé un creuset de porcelaine neuf dans un fourneau, nous l'avons entouré de charbon allumé, et l'avons graduellement porté jusqu'au rouge, puis nous y avons introduit par petites portions à-la-fois, la matière grasse et la matière animale restées sur le filtre; le charbon, qui est résulté de cette opération, a été chauffé, jusqu'à complète incinération; cette opération qui a été fort longue, a laissé pour résidu une quantité notable de cendre. Cette cendre, qui a une couleur jaune-verdâtre, a été traitée par l'acide nitrique; à l'aide d'une légère chaleur, elle a été complètement dissoute, et la dissolution s'est faite sans effervescence.

Le produit de cette dissolution a été étendu d'eau et on a fait passer dans la liqueur un courant de gaz acide hydrosulfurique, qui a été prolongé pendant trois quarts d'heure; dès le premier instant du passage du gaz hydrosulfurique, la liqueur est devenue brune, et bientôt après, il s'y est formé un précipité floconneux de couleur noire, et la liqueur s'est éclaircie.

On a versé le tout sur un petit filtre; la liqueur qui a filtré était incolore, transparente; traitée par l'ammoniaque, elle a donné un précipité blanc floconneux que l'analyse a démontré être formé exclusivement par du phosphate de chaux. Ce phosphate de chaux existe naturellement dans les matières animales.

La matière floconneuse noire formée dans la dissolution nitrique de la cendre par le passage de l'acide hydrosulfurique, bien lavée et complètement enlevée du filtre, a été introduite dans un petit matras de verre; on a versé dessus un grand excès d'acide nitrique concentré, qui l'a attaquée avec effervescence et dégagement de vapeurs nitreuses, et on a chauffé pendant une heure.

Lorsque toute la matière noire a été remplacée par un sédiment blanc, à peine sensible, on a versé le tout dans une petite capsule, et on a évaporé jusqu'à siccité; le résidu de cette évaporation consistait en une petite tache blanche fixée au centre de la capsule; cette tache était environnée d'un cercle de couleur blanc bleuâtre.

On a traité ce résidu par l'eau distillé qui a dissous la matière qui formait le cercle bleuâtre, et n'a pas dissous la tache blanche; on a séparé la liqueur qui n'avait pas de couleur appréciable, et on a examiné la nature de la matière blanche; cet examen, qui a été fait avec beaucoup de soin, nous a fait connaître que cette matière blanche était formée par du sulfate de plomb, car il a noirci par son contact avec l'acide hydrosulfurique, et la liqueur a blanchi quand on y a versé une goutte de chlorure de baryum; une goutte d'acide nitrique n'a point rendu la transparence à la liqueur.

Le produit de la dissolution, dans l'eau distillée du cercle bleuâtre, produit incolore, a été divisé en trois parties égales.

L'une d'elles traitée par l'ammoniaque, a donné une liqueur ayant sensiblement la couleur bleu-céleste.

La seconde, traitée par le prussiate ferrure de potasse, est devenue d'une belle couleur rouge-vineuse, et a laissé déposer, au bout de douze heures, un précipité floconneux de couleur brun-pourpre.

Enfin dans la troisième, on a plongé un fil de fer, parfaitement décapé, lequel, retiré de la liqueur après un certain temps d'immersion, avait pris, sur toute la partie mouillée, une teinte brillante et cuivrée.

De ces expériences nous concluons que la petite portion de l'andouille qui nous a été remise, ne contient d'autre matière toxique qu'une trace d'oxide de plomb, et qu'elle contient notablement de l'oxide de cuivre, et que la quantité de ce dernier corps, vu la petite quantité d'andouille sur laquelle nous avons expérimenté, ne nous permet pas de douter que la maladie qu'a éprouvée la femme Bariole, après avoir mangé de cette andouille, ne soit due à la présence des deux oxides constatés, et surtout à l'oxide de cuivre qui devait s'y trouver en grande quantité, à en juger par celle que nous avons obtenue d'un si petit morceau d'andouille.

L'existence d'une quantité notable d'oxide de cuivre, celle d'une quantité très-minime d'oxide de plomb dans la même andouille, nous semblent ne devoir être attribuées qu'à la négligence du charcutier, et à sa malpropreté, plutôt qu'à une intention malfaisante : le cuivre est le résultat de l'action du sel qu'on ajoute à l'assaisonnement de la charcuterie sur la chaudière de cuivre, dans laquelle elle a été préparée, et qui très-probablement n'avait pas été récurée; et la présence de la petite quantité de plomb provient sans doute des restes d'un vieux et mauvais étamage dont aura été jadis recouverte cette même chaudière.

Paris, le 25 avril 1833.

DE L'INFLUENCE DES SAISONS

Sur la Mortalité à différens âges; par M. le docteur H.-C. Lombard.

(Lu à la réunion de la Société Helvétique des sciences naturelles à Genève, en août 1832.)

La statistique, cette science de moderne création, est devenue un instrument précieux pour les savans; tous ont puisé à cette source féconde, et en ont tiré pour toutes les branches des connaissances humaines, des corollaires nouveaux et des faits importans. La physiologie, en particulier, a vu son domaine agrandi par les travaux statistiques, et a pu espérer la solution de questions inabordables par toute autre méthode. Telle est, entre autres, la question qui fait l'objet de ce mémoire. Déterminer les variations de la force vitale, suivant l'âge et la saison, eût été, sinon impossible, du moins bien difficile, sans les recherches qui substituent aux expériences directes, des résultats d'autant plus certains qu'ils ont été recueillis sur une plus grande échelle.

Les changemens survenus dans la force vitale par le progrès de l'âge, peuvent être assez exactement mesurés par l'influence des saisons sur la mortalité. Que le nombre des morts varie peu dans les différentes saisons et il sera naturel de supposer une assez grande force de résistance, ou, en d'autres termes, un haut degré de force vitale; mais qu'au contraire la mortalité varie beaucoup d'une saison à l'autre, il s'ensuivra que l'intensité de la force vitale aura diminué. On peut donc conclure des registres mortuaires à la vitalité, et de la statistique à la physiologie.

L'influence de la température sur la mortalité a fait l'objet de plusieurs mémoires intéressans. MM. Villermé et Milne-Edwards ont étudié ce phénomène chez les enfans nouveau-nés, et M. Quetelet a étendu ce genre de recherches à la totalité de la vie, ou du moins à un certain nombre de périodes qui représentent assez exactement les principales époques de la vie. Le travail que je publie maintenant avait été entrepris long-temps avant que j'eusse connaissance du mémoire de Quetelet, publié en 1832 (1). Plusieurs des résultats que j'ai obtenus sont venus confirmer les conclusions de M. Quetelet; d'autres m'ont conduit à une opinion différente, que de nouvelles recherches pourront vérifier ou détruire.

Les faits exposés dans ce mémoire sont extraits des registres de l'état civil de la ville de Genève; ils comprennent 17,623 décès, répartis dans un espace de vingt-quatre ans, de 1779, à 1790, et de 1816 à 1827. Quoique peu considérable, ce nombre de décès paraît suffisant pour les conséquences que nous pourrons en tirer, puisque la plupart des résultats déduits de leur ensemble se représentent dans l'une ou l'autre des séries de douze ans. (Voy. les tableaux 1, 2 et 3.)

Au reste, si de semblables recherches étaient instituées dans une ville plus populeuse que Genève, il n'est pas douteux que l'on n'obtînt des résultats plus rapprochés de la vérité, en ce qu'ils seraient basés sur un plus grand nombre de décès.

Afin d'apprécier plus exactement l'influence de la température sur la mortalité aux différens âges, j'ai divisé la vie en huit périodes, qui toutes m'ont paru représenter un état différent des forces vitales. Ces huit périodes sont :

1° Depuis la conception jusqu'à la naissance (morts-nés).

2° Depuis la naissance jusqu'à un mois (nouveau-nés).

3° Depuis un mois jusqu'à deux ans (première enfance).

4° De deux à quinze ans (enfance et adolescence).

5° De quinze à soixante ans (force de l'âge).

6° De soixante à soixante-dix ans (vieillesse commençante).

7° Depuis soixante-dix jusqu'à quatre-vingts ans (vieillesse confirmée).

8° Depuis quatre-vingts jusqu'à cent ans (caducité).

Avant d'étudier l'influence des saisons sur la mortalité à ces différens âges, recherchons d'abord quelles sont les variations de la totalité des décès, suivant les mois ou les saisons. Les tableaux 1, 2 et 3 montrent que l'accroissement et la diminution mensuelle des décès suivent une marche assez régulière; le minimum correspond au mois de juillet, et le maximum au mois de février. C'est-à-dire que le plus petit nombre de décès s'observe dans le mois le plus chaud, et le maximum dans celui qui suit l'époque la plus froide de l'année. Entre ces deux extrêmes, l'augmentation et la diminution des décès sui-

(1) Voir ces *Annales*, année 1832.

vent une marche tout-à-fait régulière; seulement la période décroissante est plus lente, tandis que celle d'accroissement est beaucoup plus rapide; celle-ci ne comprend que cinq mois et la première sept.

L'étendue des variations mensuelles pour la totalité des décès n'est pas très-considérable; nous arrivons à ce résultat en prenant la différence qui existe entre le maximum et le minimum du nombre des décès; cette différence est de 598, ou de 0,034 du nombre total.

Si l'on compare entre elles les quatre saisons, nous verrons le maximum des décès correspondre à l'hiver, et le minimum à l'été; résultat exactement semblable à celui obtenu plus haut, et qui nous permet de tirer la conclusion que le froid augmente la mortalité, tandis qu'une température élevée tend à la diminuer.

Les faits observés par M. Quetelet lui ont donne des résultats identiques pour l'influence absolue du froid et de la chaleur; il a vu dans les Pays-Bas le maximum des décès correspondre à janvier, et le minimum à juillet.

Si maintenant nous passons aux différentes périodes dans lesquelles nous avons divisé la vie, nous étudierons l'influence de la température pour chacune de ces époques. La réunion des morts-nés et des avortemens dans la première période rend assez difficile l'appréciation de cette influence; néanmoins l'on peut voir que le nombre des morts-nés, sans avoir une marche régulière dans chaque mois, atteint son maximum en hiver, et diminue progressivement jusqu'en automne.

Si nous comparons ces variations avec celles du nombre total des naissances qui doit naturellement influer sur celui des morts-nés, nous aurons les chiffres suivans :

	MORTS-NÉS.		NAISSANCES (1).	
	Nomb. réels.	Nomb. prop.	Nomb. réels.	Nomb. prop.
Hiver.	297	0.265	1.357	0.266
Printemps.	290	0.259	1.336	0.261
Été.	268	0.239	1.189	0.232
Automne.	265	0.237	1.227	0.240
Totaux.	1,120	1,000	5,109	1,000

Il résulte de cette comparaison, que l'hiver et le printemps n'influent pas sur le nombre des morts-nés; que l'été en augmenterait la proportion, tandis que l'automne serait la saison la plus favorable à la conservation des enfans, tant à leur naissance que dans le sein de leur mère. Mais il ne faut pas oublier que ces résultats sont fondés sur des différences peu considérables, et que par conséquent l'on ne doit pas attribuer une grande influence à la température sur l'augmentation ou la diminution du nombre des morts-nés. Ces résultats sont encore plus évidens par la comparaison des extrêmes de variations des naissances et des morts-nés. Ces derniers donnent une différence de 0,028 entre le maximum et le minimum des nombres mensuels, tandis que les premières s'expriment par le chiffre de 0,024.

(1) Le chiffre des naissances est celui des dix années comprises entre 1814 et 1823; il m'a été communiqué par M. l'avocat Edouard Mallet, qui a entrepris un travail fort important sur le mouvement de la population de la ville de Genève.

Dans leurs recherches sur l'influence de la température, relativement à la mortalité des nouveau-nés, MM. Villermé et Edwards ont exprimé le regret de ne pouvoir apprécier cette influence pour le premier mois de la vie; les tableaux ci-joints pourront remplir cette lacune. Nous y voyons que le maximum des décès, pour cette époque de la vie, correspond au mois le plus froid (janvier), et le minimum aux deux mois les plus chauds (juillet et août). Mais pour apprécier rigoureusement l'action de la température, il faut comparer le chiffre des naissances avec celui des décès des enfans au-dessous d'un mois, au moyen du tableau suivant qui nous donne les variations des naissances et des décès pour chaque mois de l'année.

	NAISSANCES.		DÉCÈS DANS LE PREMIER MOIS DE LA VIE.	
	Nomb. réels.	Nomb. prop.	Nomb. réels.	Nomb. prop.
Janvier.	455	0.087	162	0.121
Février.	460	0.088	139	0.104
Mars.	486	0.093	161	0.120
Avril.	481	0.092	122	0.091
Mai.	466	0.089	94	0.070
Juin.	417	0.080	86	0.064
Juillet.	368	0.071	72	0.054
Août.	425	0.082	72	0.054
Septembre.	409	0.079	85	0.068
Octobre.	428	0.082	93	0.069
Novembre.	390	0.075	106	0.079
Décembre.	422	0.081	149	0.111
Totaux.	5,207	1,000	1.341	1,000

Un premier fait qui sort de ce tableau, c'est l'influence qu'exercent les changemens des saisons sur la mortalité des nouveau-nés : en effet, tandis que les extrêmes des variations mensuelles ne présentent pour les naissances qu'un chiffre de 0,022, ils atteignent pour le décès la proportion de 0,067; en second lieu nous voyons les mois froids augmenter tellement les décès, qu'ils en doublent le nombre et même au-delà. M. Quetelet a observé la même influence à Bruxelles, où les décès du mois de janvier dépassent de 0,52 ceux du mois de juillet. La comparaison des saisons nous donne encore le même résultat que celle des mois; car nous voyons l'hiver causer un grand nombre de décès parmi les nouveau-nés, et l'été exercer sur eux une action bienfaisante et préservative.

Après le premier mois de la vie, l'influence de la température est bien loin d'être aussi marquée. Si l'on prend les décès des enfans âgés d'un mois à deux ans, l'on voit le maximum correspondre au mois d'octobre, et le minimum aux mois de juillet et d'avril. La comparaison des saisons nous signale l'automne comme l'époque de la plus grande mortalité, et le printemps comme celle où il meurt le plus petit nombre d'enfans de cet âge. La différence entre ces diverses saisons est cependant peu tranchée, puisqu'elle ne forme que 0,062 du nombre total des décès, tandis que la période précédente présentait une différence de 0,173 entre les extrêmes. MM. Villermé et Edwards avaient déjà remarqué que les mois d'août et de septembre offraient une mortalité assez forte chez les enfans âgés de moins de trois mois; ils en avaient conclu que la présence continue d'une température élevée était presque aussi nuisible aux enfans nouveau-nés que celle d'une

température basse. Cette opinion ne nous paraît pas admissible, puisque l'ensemble des trois mois les plus chauds de l'année nous présente un nombre de décès inférieur à celui de l'automne, et qu'en outre l'été, et surtout l'automne, sont les deux saisons où il meurt le moins d'enfans dans le premier mois de la vie. Le tableau suivant, extrait du travail de MM. Villermé et Edwards, nous paraît établir que ce n'est point à la chaleur qu'est dû l'excès de la mortalité des enfans en automne.

Décès des enfans de o d'âge à trois mois, comparés aux naissances dans les départemens situés au nord du 49e degré de latitude, et au sud du 45e (1).

	Départemens du nord.	Départemens du midi.
Janv.	1 mort sur 7.87 naiss.	1 mort sur 9.00 naiss.
Févr.	7.75	9.13
Mars.	7.85	10.21
Avr.	8.64	12.04
Mai.	9.68	13.13
Juin.	10.05	11.94
Juill.	9.95	10.87
Août.	7.29	10.52
Sept.	7.54	11.72
Oct.	8.15	12.63
Nov.	9.08	11.27
Déc.	7.64	9.52

En effet, si l'on compare la mortalité de l'automne au nord et au midi, l'on trouvera une grande différence en faveur des départemens du midi, où il succombe peu d'enfans dans cette saison, tandis qu'au nord la mortalité atteint, comme à Genève, son maximum aux mois de septembre et d'octobre. Certes, si les chaleurs intenses des mois de juin, juillet et août n'ont pas amené dans les climats méridionaux un accroissement de mortalité, l'on ne peut considérer la continuité de la chaleur comme la cause de ce phénomène. Je voudrais substituer une hypothèse à celle-ci qui me paraît inadmissible; mais jusqu'à présent la seule explication de la grande mortalité des enfans pendant les mois de septembre et d'octobre qui me paraisse offrir quelque probabilité, c'est la différence de température des jours et des nuits qui n'est jamais plus forte qu'à cette époque de l'année. Or, nous savons que ces variations de température influent principalement sur le tube digestif, organe qui chez les enfans d'un à deux ans, est dans un état de grande activité fonctionnelle, et par conséquent très-susceptible de contracter des maladies graves. Je soumets cette conjecture aux physiologistes, dans l'espoir que leurs lumières pourront trouver la solution de cette question d'hygiène et de pathologie.

Entre deux et quinze ans, les variations de la mortalité sont peu considérables, et la répartition mensuelle des décès suit à plusieurs égards la même marche que dans la période précédente. Le maximum porte sur le mois d'octobre, et le minimum sur celui d'août; et quant aux différentes saisons, le printemps est l'époque de la plus grande mortalité, tandis que l'hiver compte le plus petit nombre de décès. Néanmoins, comme la différence entre ces deux extrêmes est peu considérable (0,044), l'on doit considérer la force de résistance, entre deux et quinze ans, comme assez puissante pour contrebalancer, en grande partie, l'influence des saisons. Ainsi que nous l'avons déjà remarqué pour la période précédente, les extrêmes de chaleur ou de froid ne paraissent pas avoir d'effet bien fâcheux, puisque l'été et l'hiver ne comptent qu'un petit nombre de décès. Il n'en est pas de même du printemps et de l'automne, qui augmentent la mortalité, probablement par les grandes variations de la température, que l'on observe à ces deux époques de l'année.

Dans la force de l'âge, c'est-à-dire de quinze à soixante ans, le cours des saisons modifie la mortalité, mais en sens inverse de la période précédente. A cette époque de la vie, le maximum des décès correspond au mois le plus froid (janvier), et le minimum au mois le plus chaud (juillet); la comparaison des saisons nous donne le même résultat, puisque l'hiver est l'époque de la plus grande mortalité, et l'été celle de la moindre.

Après soixante ans, l'influence des saisons est de plus en plus marquée; de soixante à soixante-dix ans, les périodes de maximum et de minimum correspondent au mois le plus variable (mars), et au mois le plus chaud (juillet); les saisons suivent la même marche, c'est-à-dire que la mortalité est la plus forte dans la saison froide (hiver), et la plus faible dans la saison dont la température est élevée (été). La différence entre ces deux extrêmes est deux fois plus considérable que dans la période précédente (107 au lieu de 54), d'où l'on peut conclure que dès le commencement de la vieillesse (de 60 à 70 ans), l'influence du changement de température est beaucoup plus prononcée que dans la force de l'âge.

Entre soixante-dix et quatre-vingts ans, nous voyons le cours des saisons modifier toujours plus le chiffre de la mortalité; le maximum correspond au mois de février, et le minimum à juillet; l'hiver est aussi l'époque de la plus grande mortalité, et l'été celle qui compte le moins de victimes. La différence entre ces deux extrêmes, qui peut nous servir à mesurer l'influence de la température, est, pour la période qui nous occupe, de 0,129, ou 0,022 de plus qu'entre soixante et soixante-dix ans, et dans le rapport de 1 à 2, 4 (129 à 54) avec la période de quinze à soixante ans.

Enfin si nous étudions l'influence des saisons sur la mortalité des personnes très-avancées en âge, nous trouvons le chiffre des décès très-élevé en hiver, et très-exigu en été. La différence qui existe entre ces deux extrêmes forme plus des deux dixièmes du nombre total (0,207), proportion quatre fois plus considérable que celle observée dans la période de quinze à soixante ans. La comparaison des décès, mois par mois, nous montre qu'il meurt plus de deux vieillards en hiver pour un qui succombe en été.

En résumant maintenant les différences observées entre les périodes dans lesquelles nous avons divisé la vie, nous pourrons apprécier d'une manière rigoureuse la force de résistance de chaque âge par l'influence qu'exercent les saisons sur leur mortalité respective. Les tableaux nous montrent que l'époque de la vie où cette influence est la moins prononcée correspond à l'âge de deux à quinze ans, d'après les résultats mensuels, et de quinze à soixante ans d'après les résultats trimestriels; d'où l'on peut conclure que depuis deux à soixante ans, l'influence des saisons sur la mortalité est à son minimum. Au-

(1) Annales d'hygiène, t. II, p. 298.

dessus et au-dessous de cet âge nous voyons l'étendue des variations augmenter progressivement. Au-dessous d'un mois, la différence entre les extrêmes de mortalité est de 0,173 pour les résultats trimestriels, et de 0,067 pour les résultats mensuels, c'est-à-dire, deux à trois fois plus considérable qu'entre deux et soixante ans. Entre un mois et deux ans, l'étendue des variations mensuelles est de 0,042, et celle des variations trimestrielles de 0,062; d'où il paraît que l'influence des saisons est moins marquée que dans la période précédente, mais cependant plus prononcée que dans la suivante. Après soixante ans, l'étendue des variations augmente progressivement, d'une manière peu marquée jusqu'à soixante-dix; mais après cette époque, dans la proportion de 55 à 64, ou de 107 à 129, entre soixante-dix et quatre-vingts ans; et de 64 à 80, ou de 129 à 208, entre quatre-vingts et cent ans. En résumé, nous voyons la force de résistance à l'influence délétère des saisons, être considérable dans le milieu de la vie, moins intense entre un mois et deux ans, et de soixante à soixante-dix; très-faible dans le premier mois de la vie, et à son minimum après la soixante-dixième année.

M. Quetelet a donné un tableau qui conduit à un résultat pareil à ceux que nous venons d'exposer; nous le reproduisons pour en analyser les détails.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ A BRUXELLES (1).

Ages.	Décès pend. les mois de janvier	juillet.	Proportion des décès en juill. pour 1 en janv.
Morts-nes.	269	215	0.80
1 mois après la naiss.	3321	1719	0.52
4 à 6 ans.	878	600	0.69
8 à 12 ans.	616	447	0.73
12 à 16 ans.	409	420	1.05
16 à 20 ans.	502	545	1.09
20 à 25 ans.	861	796	0.93
25 à 30 ans.	793	724	0.92
40 à 45 ans.	818	613	0.75
62 à 65 ans.	968	525	0.54
79 à 81 ans.	658	332	0.51
90 et au-dessus.	252	99	0.39

Une première remarque que nous devons faire sur ce tableau, porte sur la manière dont il a été dressé. La comparaison des mois de janvier et de juillet peut bien servir à établir la mortalité de l'été et de l'hiver; mais l'on ne peut en déduire le degré de force vitale dans tout le cours de la vie, parce que, pour plusieurs périodes, ces deux mois ne représentent ni un maximum ni un minimum, ainsi que l'on peut s'en assurer par le résumé suivant des saisons les plus meurtrières. (Voy. les tableaux 1, 2 et 3.)

A cet égard l'hiver vient en première ligne pour l'ensemble de la mortalité, tandis que l'été est la saison où l'on compte le moins de décès; immédiatement après l'été vient le printemps, et enfin l'automne, qui se rapproche le plus de l'hiver pour le chiffre de la mortalité. Au-dessous d'un mois, l'ordre des saisons est le même que pour la totalité des décès; mais entre un mois et deux ans, l'automne est la saison la plus meurtrière; vient ensuite l'hiver, puis l'été, et enfin le printemps. De deux à quinze ans, le printemps est l'époque du plus grand nombre de décès, l'automne vient en seconde ligne, puis l'été, et enfin l'hiver. Après quinze ans, l'hiver est constamment l'époque du maximum de la mortalité, et l'été celle du minimum. Jusqu'à quatre-vingts ans, l'automne vient immédiatement après l'hiver; après quatre-vingts, le printemps compte un nombre de victimes plus considérable que l'automne. Il nous paraît résulter de cette comparaison que les effets des saisons ne sont point uniformes dans tout le cours de la vie, et que si l'on peut prendre un ou deux mois comme représentans de l'influence générale de la température, l'on ne peut en déduire l'intensité de la force vitale ou de résistance.

M. Quetelet conclut du tableau ci-dessus que la mortalité de l'hiver devient à-peu-près nulle vers dix ou douze ans; qu'après cette époque et vers la puberté, et pour les années qui la suivent, la chaleur vitale se développe si abondamment, que c'est plutôt l'action de l'été que l'on doit redouter pour le jeune homme. Les tableaux qui ont servi de base à notre travail ne nous permettent pas d'admettre ces conclusions, du moins pour Genève. En effet, nous avons vu que, dès la première année de la vie, l'automne est la saison la plus meurtrière, et l'on ne peut admettre qu'à cette époque de la vie, la chaleur vitale soit en excès; d'autant plus que nous avons vu plus haut les fortes chaleurs des pays méridionaux ne pas augmenter la mortalité autant que la température modérée des départemens du nord de la France.

Ce qui rend encore cette conclusion plus probable, c'est le fait que le maximum de la mortalité entre deux et quinze ans ne correspond pas à la saison la plus chaude, mais bien au printemps; tandis que l'été ne vient qu'en troisième ligne; l'on ne peut donc admettre qu'il y ait excès de chaleur vitale avant la puberté.

D'après M. Quetelet, vers l'époque du mariage, et pendant la durée de la reproduction, l'influence des saisons est à-peu-près nulle. L'hiver commence à faire sentir sa funeste influence après l'âge de quarante ans, et les effets en sont si sensibles, qu'après l'âge de soixante-cinq ans le froid est aussi à craindre pour les vieillards que pour les enfans nouveau-nés; il l'est même davantage après quatre-vingt-dix ans, puisqu'il meurt deux à trois vieillards en hiver pour un seul au mois de juillet. La plupart de ces conclusions nous paraissent devoir être exactes, puisqu'elles sont en harmonie complète avec celles qui ont été déduites des tableaux de Genève, et cette coïncidence entre les résultats obtenus dans deux pays éloignés doit faire penser qu'ils sont l'expression d'une loi générale, du moins pour la zone tempérée où nous vivons.

La division de nos recherches statistiques, en deux périodes, nous permet de reconnaître les changemens de la mortalité dans l'espace de quarante ans. Nous voyons d'abord que l'influence des saisons sur les décès paraît avoir diminué; c'est-à-dire que la mortalité se répartit maintenant d'une manière plus uniforme entre les différentes saisons qu'elle ne le faisait à la fin du siècle dernier, et cela dans le rapport de 0,029 (1816 à 1827) à 0,039 (1779 à 1790). Cette remarque, vraie pour la totalité des décès, l'est surtout pour les nouveau-nés, et les enfans âgés d'un mois à deux ans, dont la mortalité présentaient des variations plus étendues autrefois que

(1) *Annales d'Hygiène publique*, etc. Année 1832.

maintenant, dans le rapport de 0,079 à 0,060 pour les enfans nouveau-nés, et de 0,049 à 0,037 pour les enfans âgés d'un mois à deux ans. D'où il résulte que maintenant des soins mieux entendus sauvent un certain nombre d'enfans, que, dans le siècle dernier, le froid n'eût point épargnés. En revanche, l'influence des saisons est plus marquée chez les enfans de deux à quinze ans, ce qui tient probablement aux ravages de la petite-vérole, qui, autrefois, enlevait les enfans avant qu'ils pussent éprouver les effets de la température; de quinze à soixante ans les variations de la mortalité étaient plus grandes autrefois, tandis que pour les personnes très-âgées, l'étendue des variations est actuellement plus considérable. D'où l'on pourrait conclure que les vieillards sont moins robustes qu'ils ne l'étaient dans le siècle dernier; remarque que font souvent les personnes âgées, qui regrettent ces vieillards vigoureux, si nombreux autrefois et si rares aujourd'hui. Au reste, il ne faut point oublier que toutes ces observations sont de simples déductions de faits, qui, pour être transformées en certitude, auraient besoin d'être appuyées sur des recherches plus nombreuses.

Les faits contenus dans ce mémoire nous montrent combien est erronée la théorie de ces philosophes qui ont cru pouvoir impunément exposer au froid les enfans nouveau-nés. Déjà fortement ébranlée par les savantes recherches de M. W. Edwards, cette opinion a été victorieusement combattue par les calculs de MM. Villermé, Milne-Edwards et Quetelet. Les recherches que j'ai eu l'honneur de vous soumettre viennent encore ajouter a la conviction qui doit résulter des travaux précédens, puisque nous avons vu la mortalité des nouveau-nés être notablement augmentée par le froid et diminuée par la chaleur. Ainsi que les auteurs déjà cités, nous devons nous élever avec force contre le danger d'exposer au froid ces êtres fragiles, soit dans le transport et le séjour à l'église pour la cérémonie du baptême, soit sous le prétexte ridicule de les accoutumer aux rigueurs des saisons. Il serait prudent de n'administrer le baptême, pendant la saison froide, qu'après six semaines révolues; jusqu'alors l'enfant peut être frappé de mort, soit par le transport à l'air, soit par la froidure d'une église.

Une autre conséquence, non moins importante, qui découle des calculs contenus dans ce mémoire, c'est la nécessité de préserver les vieillards des intempéries des saisons. Bien plus encore que les enfans, ils éprouvent l'influence délétère du froid et des variations de la température; chez les vieillards, le printemps et l'hiver doublent le nombre des morts; et il est à supposer qu'un grand nombre d'entre eux eût échappé au danger s'ils l'eussent connu. Que les vieillards ne négligent donc point les vêtemens chauds dès l'approche de la saison froide, qu'ils couchent dans une chambre tempérée, et ne s'exposent point impunément aux intempéries; enfin qu'ils se gardent de quitter trop tôt leurs vêtemens d'hiver; car, ainsi que nous l'avons vu, le printemps fait encore un grand nombre de victimes chez les personnes âgées. Puissent nos conseils être entendus, et inspirer une conduite prudente à ces vieillards, dont les jours sont précieux à leurs familles et à la société.

Tableau N° 1.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ A GENÈVE

Pendant les douze années de 1779 à 1790 (inclusivement).

TOUS LES MOIS ONT ÉTÉ PORTÉS A 31 JOURS.	MORTS-NÉS.		AU-DESSOUS DE 1 MOIS.		DE 1 MOIS A 2 ANS.		DE 2 A 15 ANS.		DE 15 A 60 ANS.		DE 60 A 70 ANS.		DE 70 A 80 ANS.		DE 80 A 100 ANS.		MORTALITÉ TOTALE POUR CHAQUE MOIS.	
	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.
Janvier.	54	0,093	117	0,126	103	0,075	101	0,076	270	0,093	94	0,084	98	0,092	67	0,108	904	0,091
Février.	57	0,098	102	0,110	132	0,097	98	0,074	311	0,107	107	0,096	136	0,127	80	0,129	1,023	0,103
Mars.	53	0,091	111	0,120	128	0,094	111	0,084	290	0,100	120	0,108	116	0,109	75	0,121	1,004	0,101
Avril.	43	0,079	90	0,097	92	0,067	121	0,091	266	0,091	105	0,094	91	0,085	75	0,121	883	0,089
Mai.	57	0,098	58	0,063	84	0,062	124	0,094	240	0,082	82	0,074	62	0,058	37	0,060	744	0,075
Juin.	53	0,091	51	0,055	96	0,070	102	0,077	228	0,079	78	0,070	69	0,065	47	0,076	724	0,073
Juillet.	34	0,058	44	0,047	86	0,063	111	0,084	196	0,063	68	0,061	62	0,058	32	0,052	633	0,064
Août.	48	0,082	47	0,051	118	0,086	89	0,067	206	0,071	89	0,080	87	0,081	37	0,060	721	0,073
Septembre.	47	0,081	59	0,064	151	0,111	101	0,076	215	0,074	80	0,072	86	0,080	34	0,055	773	0,078
Octobre.	43	0,079	66	0,071	151	0,111	144	0,109	220	0,076	88	0,079	74	0,069	44	0,071	830	0,084
Novembre.	45	0,077	80	0,086	119	0,087	120	0,091	221	0,076	93	0,084	87	0,081	42	0,068	807	0,081
Décembre.	48	0,082	103	0,111	105	0,077	104	0,078	250	0,076	111	0,100	101	0,094	49	0,079	871	0,088
Nombre total des morts.	582	1,000	928	1,000	1,365	1,000	1,326	1,000	2,913	1,000	1,115	1,000	1,069	1,000	619	1,000	9,917	1,000

TABLEAU DE LA MORTALITE A GENEVE

Pendant les douze années de 1816 à 1827 (inclusivement).

TOUS LES MOIS ONT ÉTÉ PORTÉS A 31 JOURS.	MORTS-NÉS.		AU-DESSOUS DE 1 MOIS.		DE 1 MOIS A 2 ANS.		DE 2 A 15 ANS.		DE 15 A 60 ANS.		DE 60 A 70 ANS.		DE 70 A 80 ANS.		DE 80 A 100 ANS.		MORTALITÉ TOTALE POUR CHAQUE MOIS.	
	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.
Janvier.	38	0,071	45	0,109	62	0,074	47	0,062	256	0,097	114	0,105	116	0,119	61	0,131	739	0,096
Février.	42	0,078	37	0,090	72	0,086	62	0,082	213	0,081	120	0,110	118	0,122	63	0,135	727	0,094
Mars.	53	0,099	50	0,121	80	0,095	57	0,076	232	0,088	113	0,104	97	0,100	53	0,114	735	0,095
Avril.	44	0,081	32	0,075	61	0,073	75	0,099	206	0,078	98	0,090	80	0,082	43	0,092	639	0,083
Mai.	52	0,097	36	0,087	66	0,079	66	0,088	217	0,082	98	0,090	71	0,074	40	0,086	646	0,084
Juin.	41	0,076	35	0,085	67	0,080	84	0,111	221	0,084	71	0,065	65	0,067	30	0,064	614	0,080
Juillet.	31	0,058	28	0,068	63	0,075	60	0,080	193	0,073	58	0,053	61	0,063	25	0,054	519	0,067
Août.	47	0,088	25	0,061	70	0,083	55	0,073	214	0,081	62	0,057	63	0,065	22	0,047	558	0,072
Septembre.	61	0,114	26	0,063	72	0,086	75	0,099	244	0,092	74	0,068	57	0,059	24	0,051	633	0,082
Octobre.	41	0,076	27	0,065	92	0,110	56	0,075	218	0,082	83	0,076	55	0,057	34	0,073	606	0,079
Novembre.	35	0,065	26	0,063	71	0,085	49	0,065	201	0,076	83	0,076	84	0,086	31	0,066	580	0,075
Décembre.	53	0,099	46	0,111	63	0,075	68	0,090	217	0,082	115	0,106	107	0,110	41	0,088	710	0,092
Nombre total des morts. . . .	538	1,000	413	1,000	839	1,000	754	1,000	2,632	1,000	1,089	1,000	974	1,100	467	1,000	7,706	1,000

TABLEAU DE LA MORTALITÉ A GENÈVE,

Pendant les vingt-quatre années de 1779 à 1790, et de 1816 à 1827 (inclusivement).

TOUS LES MOIS ONT ÉTÉ PORTÉS A 31 JOURS.	MORTS-NÉS.		AU-DESSOUS DE 1 MOIS.		DE 1 MOIS A 2 ANS.		DE 2 A 15 ANS.		DE 15 A 60 ANS.		DE 60 A 70 ANS.		DE 70 A 80 ANS.		DE 80 A 100 ANS.		MORTALITÉ TOTALE POUR CHAQUE MOIS.	
	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.	Nombre réel.	Nombre proportionnel.
Janvier.	92	0,082	162	0,121	165	0,075	148	0,071	526	0,095	208	0,094	214	0,105	128	0,118	1,643	0,093
Février.	99	0,088	139	0,104	204	0,093	160	0,077	524	0,094	227	0,103	254	0,124	143	0,132	1,750	0,099
Mars.	106	0,095	161	0,120	208	0,094	168	0,081	522	0,094	233	0,106	213	0,104	128	0,118	1,739	0,099
Avril.	87	0,078	122	0,091	153	0,069	196	0,094	472	0,085	203	0,092	171	0,084	118	0,109	1,522	0,086
Mai.	109	0,097	94	0,070	150	0,068	190	0,091	457	0,082	180	0,082	133	0,065	77	0,071	1,390	0,079
Juin.	94	0,084	86	0,064	163	0,074	186	0,089	449	0,081	149	0,068	134	0,066	77	0,071	1,338	0,076
Juillet.	65	0,058	72	0,054	149	0,068	171	0,082	389	0,070	126	0,051	123	0,060	57	0,052	1,152	0,065
Août.	95	0,085	72	0,054	188	0,085	144	0,069	420	0,076	151	0,069	150	0,073	59	0,054	1,279	0,073
Septembre.	108	0,096	85	0,063	223	0,101	176	0,085	459	0,083	154	0,070	143	0,070	58	0,053	1,406	0,080
Octobre.	84	0,075	93	0,069	243	0,110	200	0,096	438	0,079	171	0,078	129	0,063	78	0,072	1,436	0,081
Novembre.	80	0,071	106	0,079	190	0,086	169	0,081	422	0,076	176	0,080	171	0,084	73	0,067	1,387	0,079
Décembre.	101	0,090	149	0,111	168	0,076	172	0,083	467	0,084	226	0,103	208	0,102	90	0,083	1,581	0,090
Nombre total des morts.	1,120	1,000	1,341	1,000	2,204	1,000	2,080	1,000	5,545	1,000	2,204	1,000	2,043	1,000	1,086	1,000	17,623	1,000

DE L'INSTRUCTION

Des faits de médecine légale devant le jury, de son insuffisance, de ses dangers et de sa réforme; par C. P. Collard (de Martigny), Substitut près la Cour d'assises des Vosges, membre des Sociétés médicale, d'émulation et de chimie médicale de Paris.

(Mémoire adressé à l'Académie des sciences morales et politiques.)

Il est en législation des idées, des vices, des projets, que paraissent au premier aspect repousser et la théorie et la pratique, et que réclament cependant l'une et l'autre. Tantôt à la forme sous laquelle on les présente, d'autres fois à leur seule nouveauté, les esprits s'effarouchent et pour ainsi dire se cabrent, culbutant sous le poids de la routine ou de l'insouciance, la démonstration la plus claire et la plus utile. La France surtout et notre époque méritent ce reproche : il semblerait qu'épuisée par trop d'innovations, l'attention publique soit sans activité et sans vie pour les bonnes comme pour les mauvaises.

La création de l'Académie des sciences morales et politiques amènera nécessairement un résultat différent : composée d'hommes qui ont mission de réfléchir pour la société sur ses intérêts les plus actuels et les plus palpitans, cette classe de l'Institut examinera avec maturité, et par son jugement donnera dans l'occasion, à d'utiles travaux, l'autorité qui leur manquait.

Pour moi, messieurs, que mes études et mes fonctions ont souvent conduit à apprécier toute l'imperfection de certaines parties des codes d'instruction criminelle et pénal, en ce qui touche plus spécialement à la médecine légale, je n'osais jusqu'ici rediger quelques observations critiques à cet égard : un profond découragement m'arrêtait à la pensée que, confiées directement à la presse, le même jour les verrait naître et mourir sans discussion et sans appui; qu'adressées aux chambres, elles iraient se classer inutiles et dédaignées dans les cartons du bureau des renseignemens; que soumises aux Académies des sciences ou de médecine, elles ne trouveraient que des juges incompétens ou peu capables de les produire dans le mode législatif.

Aujourd'hui, messieurs, j'ose vous les adresser, non que je les croie certainement bonnes et admissibles, mais parce qu'elles me semblent peut-être dignes, par leur but, de fixer l'attention de l'Académie, et dans tous les cas, propres à lui signaler des irrégularités ou des abus flagrans : à vous, messieurs je parlerai du moins des choses qui sont et votre étude et votre but.

Ce premier mémoire a pour objet l'instruction des faits de médecine légale devant le jury. Vous ne tarderez pas à comprendre que cette question est fondamentale en droit criminel, et que cependant elle a été résolue par nos lois à contre-sens et de la manière la plus fâcheuse.

Commençons par établir deux points de fait : le premier que les crimes contre les personnes forment, terme moyen, le quart au moins des crimes dont la décision est annuellement soumise au jury. C'est ce qui résulte du compte général de l'administration de la justice au roi, pour l'année 1829. La proportion des crimes contre les personnes était à celle des crimes contre les propriétés, en 1825, de 29 sur 100, en 1826 et 1827 de 28, en 1828 de 25, en 1829 de 24. (Rapport du ministre de la justice au roi, p. 4). Le second, que dans toutes ces affaires, presque sans exception, le secours de la médecine légale est sollicité pour éclairer et l'instruction et la décision du jury.

De là, messieurs, résulte incontestablement l'immense influence de la médecine légale sur l'administration de la justice criminelle. Et en effet, dans les crimes d'empoisonnement, d'assassinats, de meurtre etc., n'est-ce pas elle qui constate l'existence même du crime, le corps du délit, selon l'expression consacrée, et dans presque tous les autres, les coups et blessures, par exemple, ne mesure-t-elle pas, pour ainsi dire, la gravité du délit?...

La conséquence incontestable que nous devons en déduire, c'est que selon l'étendue et la précision des lumières qu'il aura reçues de la médecine légale, le verdict du jury sera bon ou mauvais, en sorte que l'on peut affirmer que l'exactitude de la justice criminelle, en ce qui concerne les crimes contre les personnes, est essentiellement et immédiatement subordonnée à celle même de l'instruction médico-légale.

Or cette instruction est faite de telle manière qu'elle ne peut presque jamais éclairer la religion des jurés : l'Académie en sera facilement convaincue, par l'exposé succinct de la marche ordinairement suivie.

Un crime contre les personnes est commis, des experts sont désignés et produisent un premier rapport. L'accusé a le droit de faire de son côté dresser un autre procès-verbal. La discussion entre les signataires de l'un et de l'autre est ensuite ouverte devant le jury.

D'abord, messieurs, vous comprenez qu'en faisant les parts :

1° De la faiblesse d'une partie du corps médical tel qu'il est aujourd'hui constitué,

2° De l'intérêt personnel ou d'affection que peut avoir tel ou tel expert pour favoriser l'accusé ou la partie civile,

3° Des haines et des rivalités si communes entre médecins,

4° De la prévention ou de l'entêtement,

5° Des circonstances et des époques différentes ou les deux rapports auront été faits,

Ces deux rapports ne seront presque jamais d'accord : il y aura opposition dans les conclusions des experts.

D'un autre côté, cette opposition soumise au jury, loin qu'il en puisse résulter aucun éclaircissement des débats, obscurcira sa conviction, parce que sa conscience et son devoir ne lui permettent pas de trancher la question d'autorité, ni ses propres lumières de la décider en connaissance de cause : on plaide devant lui contradictoirement un procès qui excède sa compétence; la dissidence des hommes de l'art, pour lui, c'est l'hésitation.

La conséquence de ceci, et l'expérience de chaque jour le démontre, c'est que la médecine légale qui devait tant influer sur la décision des affaires relatives aux crimes contre les personnes, est presque constamment sans force devant les jurés, parce qu'un seul médecin ou chimiste, fût-il le plus ignare ou le plus malhonnête homme du monde, dit-il la plus grosse sottise scientifique imaginable, suffit pour paralyser le rapport le plus juste, le plus consciencieux

et le plus savant : « Il n'est pas d'accord avec les autres, donc nous devons douter, car il en sait plus que nous ». Voilà leur raisonnement, et l'accusation s'évanouit ou s'altère, très-souvent à tort. Que l'on compare la proportion des acquittemens pour les accusations de crimes contre les propriétés et pour celles des crimes contre les personnes, on obtient le tableau suivant :

PROPORTION DES ACQUITTÉS.	1825	1826	1827	1828	1829	1830
Sur la totalité des accusés.	0,39	0 38	0,39	0,39	0,39	0,39
Sur les accusés des crimes contre les personnes.	0.54	0,49	0,50	0,53	0.54	0,54
Sur les accusés des crimes contre les propriétés.	0,34	0,33	0,35	0,34	0,35	0,36

On voit ainsi que le jury prononce beaucoup plus de condamnations en matière de crime contre les propriétés, qu'en matière de crime contre les personnes. Ce résultat a été relevé en effet et présenté comme constant par M. le garde des sceaux, ministre de la justice, dans le compte général de l'administration de la justice au roi. pour les années 1829 et 1830. (Rapport au roi, 1829, page 12, 1830 page 12.)

A mon avis, c'est surtout la faute de l'instruction médico-légale.

Et, en effet, dans les crimes contre les propriétés, point d'expertises dont le jury ne puisse apprécier la valeur et la discussion : il peut juger par lui-même et tout entier le fait qui lui est soumis.

Au contraire, à l'occasion des crimes contre les personnes, presque toujours des expertises contradictoires et qu'il ne peut apprécier : il ne voit, il ne comprend qu'une partie du fait qu'il doit cependant juger tout entier.

Or, comment ce que les jurés ne savent pas, eux, qui doivent tout savoir, ce dont ils ne sont pas convaincus, eux dont la conviction frapperait de mort ou des peines les plus graves, ne réagirait-il pas nécessairement sur la décision qu'ils prononcent?... De sorte que, dans l'état actuel des débats de justice criminelle, on peut établir comme vraies les propositions suivantes, qui résument tout ce qui précède :

Les crimes contre les personnes forment le quart de la totalité des crimes soumis au jury,

L'instruction médico-légale du fait soumis au jury est un des élémens les plus importans de sa décision, en matière de crimes contre les personnes,

Cette instruction a lieu d'une manière tellement vicieuse, qu'elle ne saurait répondre à son but,

Et, conséquemment, le quart des affaires criminelles en France sont mal instruites.

Que si l'on recherche quelle est la cause de cet abus, on verra qu'il naît d'une violation flagrante du principe même du jury.

A tort ou à raison, on a pensé que la justice criminelle présenterait plus de garantie aux citoyens, si les citoyens eux-mêmes étaient appelés à y participer.

Mais dans le même but on a dû restreindre l'intervention des citoyens dans les limites de ce dont ils peuvent connaître compétemment.

On leur a donc remis la décision du point de fait et de la culpabilité intentionnelle, parce qu'en général ils peuvent les apprécier convenablement, et on a réservé la décision du droit aux magistrats, par la raison que le jury ne saurait être réputé assez capable de le bien saisir et de le bien appliquer.

Le principe du jury est donc de faire juger par les jurés ce qu'ils peuvent apprécier, mais seulement ce qu'ils peuvent apprécier.

Et, s'il en était autrement, comment comprendrait-on qu'il y eût avantage pour les accusés ou pour la société de faire décider par des jurés ce qu'ils seraient inhabiles à décider? au lieu d'être une garantie, le jury ne serait-il pas une véritable et dangereuse dérision?

Or, c'est précisément ce qui arrive, lorsqu'on porte devant le jury la discussion d'un point de médecine légale et qu'on lui en impose la solution : on le fait juge de ce qu'il ne peut pas juger; il ne sait pas plus la médecine légale que la jurisprudence, et cependant la loi qui lui enlève la décision de jurisprudence, parce qu'il ne saurait la bien rendre, lui confie la décision de médecine légale quoiqu'il doive nécessairement la rendre mal, ou tout au moins au hasard.

J'avais donc raison de dire que l'instruction actuelle des questions de médecine légale devant le jury du jugement, est un véritable contre-sens avec le principe de cette institution.

Pour revenir à la vérité de ce principe, il faut donc reconnaître d'une part, que le jury étant incapable de décider des questions de médecine légale, il ne faut pas l'en rendre juge; et d'un autre côté que si l'on admet la nécessité de les confier aux lumières spéciales et exclusives des hommes de l'art, il est indispensable que ceux-ci les résolvent souverainement, sous leur responsabilité personnelle, comme le jury les questions de fait, et la cour celles de droit.

D'après cette idée, on pourrait peut-être organiser sur les bases suivantes, l'instruction des questions de médecine légale.

1° Il y aurait au chef-lieu de chaque cour d'assises, deux jurys permanens et spéciaux, composés, l'un de docteurs en médecine ou en chirurgie, l'autre de pharmaciens et chimistes assermentés.

2° Chaque jury se composerait de six titulaires et de quatre adjoints nommés à vie par le roi, savoir : moitié sur la présentation du premier président, et l'autre moitié sur celle du bâtonnier de l'ordre des avocats près la cour royale.

3° Avant l'ouverture de la session, si elle devait présenter quelques affaires où l'intervention soit de la médecine légale, soit de l'analyse chimique, fût nécessaire, le président des assises convoquerait celui des jurys spéciaux qui serait compétent pour en connaître.

4° L'accusation et la défense pourraient exercer chacune deux récusations, les adjoints remplaceraient alors les titulaires récusés.

5° Ainsi composé, ce jury spécial serait appelé à

se prononcer sur toutes les questions de sa compétence que présenteraient les diverses affaires de la session.

6° Les procès-verbaux et rapports dressés à la requête soit du procureur général du roi, soit des accusés, soit des parties civiles, les cahiers de l'information écrite, les pièces de conviction seraient soumis au jury. Il entendrait enfin les débats contradictoires des parties sur les questions de sa compétence, comme le jury sur les questions de fait et la cour sur celles de droit.

7° D'après tous ces élémens, il rédigerait un procès-verbal contenant son opinion motivée sur chaque question en forme de rapport et de conclusions.

8° Ce procès-verbal serait lu aux jurés du jugement; il leur serait remis dans la chambre du conseil, mais il ne pourrait être, devant eux, l'objet d'aucun débat contradictoire.

9° Les décisions du jury spécial devraient être rendues à la simple majorité; il ne serait fait mention au procès-verbal, ni du chiffre de la majorité, ni de l'opinion particulière de la minorité, ni des discussions intervenues entre les membres du jury. En cas de partage égal sur une question, il serait consigné au procès-verbal.

10° Chacune des décisions du jury spécial serait signée du président de ce jury et paraphée par le président de la cour d'assises et par le greffier.

11° Enfin les membres du jury spécial s'engageraient, par serment, au secret le plus scrupuleux de leurs délibérations.

Je borne là, messieurs, mes réflexions à cet égard : j'ai pu exposer avec quelques détails un abus que l'expérience des affaires criminelles révèle chaque jour; l'Académie me permettra d'insister beaucoup moins sur les moyens que je crois devoir émettre pour y remédier; je n'ai dans cette dernière partie de mon travail d'autre but que d'attirer son attention sur ce point : qu'un jury spécial devrait être investi de la décision des questions de médecine légale, et que son organisation ne serait point impossible.

Je dois cependant, en terminant, prévenir une objection qui se présente naturellement à l'esprit.

Les questions de médecine légale ne sont pas les seules qui exigent une instruction spéciale. Le jury étant appelé à juger aussi d'autres questions d'arts spéciaux; dans les crimes de faux, par exemple, des questions d'écriture; ailleurs des questions de serrurerie, etc., on pourrait observer que, pour être conséquent, il faudrait créer aussi des jurys de serruriers, d'écrivains, etc...

Assurément cette objection serait plus spécieuse que fondée; la médecine légale est une science exceptionnelle, élevée, qui suppose et qui demande des connaissances étendues, variées et spéciales, dont les raisonnemens, les démonstrations, les termes même ne sont pas compréhensibles pour le vulgaire, tandis qu'au contraire, tout le monde peut apprécier plus ou moins les explications et les opérations de l'écrivain, du serrurier, etc. De là il suit que le jury du jugement ne peut pas apprécier les expertises et les discussions médico-légales, tandis qu'il lui est très-possible de se former, sur les autres, une opinion juste et précise.

Encore une fois, la médecine légale peut être assimilée à la jurisprudence; la cour décide seule de cette dernière. L'importance, la multiplicité extrême, l'élévation et la difficulté des questions de médecine légale, dans l'administration de la justice criminelle, exigent impérieusement qu'une cour médicale, si je puis m'exprimer ainsi, les résolve seule également.

Alors, j'en ai la certitude, le chiffre proportionnel des acquittemens dans les accusations de crimes contre les personnes sera diminué, et le nombre des grands scandales judiciaires aussi.

SUSPICION D'EMPOISONNEMENT

Par un acide minéral.

Analyse chimique des matières suspectées. — Réfutation de deux rapports, dans l'un desquels on cherche à établir qu'il y a eu empoisonnement par l'acide sulfurique, et dans l'autre, qu'il n'y a pas eu empoisonnement. — Conclusions dubitatives;

Par MM. Orfila et Barruel.

Nous avons été délégués par M. le procureur du roi de....., à l'effet de déterminer par l'analyse chimique, 1° quelle est la nature de la liqueur contenue dans deux fioles qui nous ont été remises, et si cette liqueur est dans son état naturel;

2° Soit d'après l'inspection d'un œsophage et d'un estomac, qui nous ont été également remis, soit par l'analyse chimique du liquide contenu dans ce dernier viscère, liquide qui a été conservé dans une petite courtine, reconnaître s'il y a eu empoisonnement par un acide minéral, si l'action de cet acide a laissé des traces appréciables, et s'il s'en trouve une partie quelconque mêlée au liquide dont il est parlé;

3° Dans le cas où l'état actuel de l'estomac ne nous offrirait pas les moyens de répondre à ces questions, déclarer si nous pensons que des experts appelés avant nous pour donner leur avis, ont fait les expériences, et toutes les expériences nécessaires pour acquérir le droit d'affirmer aussi positivement qu'ils l'ont fait, que les organes ci-dessus mentionnés, n'offraient pas de traces d'un acide minéral quelconque;

4° Dans le cas même de réponse affirmative à cette dernière question, déclarer si l'absence d'un pareil acide, exclut toute idée d'empoisonnement ou de tentative d'empoisonnement; en d'autres termes, déclarer si un empoisonnement est possible par l'introduction, dans les premières voies, d'un acide qui, en raison de sa causticité, aurait été vomi ou absorbé avant de parvenir à l'estomac;

5° Enfin, donner notre avis sur deux rapports dont l'un conclut qu'il y a eu et l'autre qu'il n'y a pas eu empoisonnement.

On nous a remis un paquet contenant trois bouchons de liège, dont deux avaient les extrémités corrodées et de couleur jaunâtre, comme s'ils eussent servi à boucher des flacons contenant, soit une solution de chlore ou de chlorures alcalins, soit de l'acide nitrique;

Deux petits flacons bouchés à l'émeril : l'un de ces flacons, qui contenait environ une demi-once d'un liquide jaunâtre dans lequel flottaient des fragmens

de matière jaunâtre, fermait mal, car la coiffe en peau qui revêtait le bouchon était en partie détruite par l'effet du suintement entre le bouchon et le goulot, d'une portion de la liqueur; le second flacon, plus petit que le premier, ne contenait que quelques gouttes d'un liquide également troublé par des corpuscules jaunâtres;

Un petit flacon connu sous le nom générique de goulot renversé contenant environ une demi-once d'un liquide trouble et qui, après quelques instans de repos, se divisait en deux portions, l'une supérieure incolore, sans être entièrement transparente, l'autre, occupant le fond de la fiole formée de flocons brun-rougeâtres. Ce flacon était étiqueté: matière extraite de l'estomac.

Enfin un bocal de verre vert, fermé d'un bouchon de liège goudronné, portant pour étiquette : estomac de Trehet.

Analyse des bouchons.

Le plus gros des trois bouchons de liège était une bonde enduite d'un côté de goudron, et paraissant avoir servi à boucher un bocal semblable à celui qui contenait l'estomac de Trehet. La surface du liège de la partie de cette bonde qui correspondait à l'intérieur du bocal, étant saine et intacte, nous nous sommes bornés à y appliquer un papier bleu de tournesol mouillé, qui, après deux heures de contact, n'a nullement changé de couleur.

Les deux bouchons qui avaient les extrémités jaunes et corrodées, appliqués sur des bandes de papier bleu de tournesol humectées, les ont promptement et fortement rougies.

Pour nous assurer de la nature de l'acide qui les avait ainsi altérées, nous en avons détaché toute la matière jaune et nous l'avons broyée dans un mortier de verre, avec très-peu d'eau, de manière à la réduire en bouillie; nous avons mis cette bouillie dans une capsule de verre, et l'avons chauffée avec un excès de marbre blanc pur pulvérisé qui s'y est dissous en partie avec une effervescence très-manifeste. l'effervescence ayant cessé et la matière ne rougissant plus le tournesol, on a versé le tout sur un filtre préalablement lavé; la liqueur filtrée a été concentrée, puis traitée, encore chaude, par le bicarbonate de potasse pur qu'on y a versé goutte par goutte, et seulement jusqu'à ce que tout le sel calcaire fût décomposé, sans qu'il y eût excès de bicarbonate de potasse. Le carbonate de chaux, formé dans cette expérience, a été séparé de la liqueur par la filtration, et la liqueur filtrée, qui était complètement incolore, ayant été évaporée spontanément dans une petite capsule de verre et jusqu'à siccité, a laissé, pour résidu, des cristaux prismatiques bien configurés. Une petite partie de ces cristaux, mise sur un charbon ardent, l'a fait déflagrer rapidement, comme le fait le nitrate de potasse; le restant de la matière cristallisée introduit dans un tube de verre, avec un peu de limaille de cuivre et traité par deux gouttes d'eau et trois gouttes d'acide sulfurique concentré, s'est décomposé avec effervescence et dégagement de vapeur rutilante d'acide nitreux.

Il est démontré, par ces expériences, que les bouchons en question avaient servi à boucher des flacons qui contenaient de l'acide nitrique et que leur altération provenait de l'action que cet acide avait exercé sur leur substance.

Examen des liquides contenus dans les deux flacons bouchés à l'émeril.

Le flacon dont la coiffe en peau avait été en partie détruite par le suintement d'une portion du liquide qu'il contenait, a été débouché. La liqueur qu'il renferme a une couleur jaunâtre, elle rougit très-fortement le papier bleu de tournesol et répand une forte odeur d'acide nitrique contenant de la vapeur nitreuse, elle laisse flotter à sa surface et dans son intérieur, plusieurs petits fragmens jaunâtres qui semblent provenir de l'action de cette liqueur sur du liège qui aurait servi à boucher les flacons qui l'auraient préalablement contenue.

Une portion de ce liquide traitée dans un verre avec de la limaille de cuivre, a attaqué ce métal avec violente effervescence et dégagement de vapeur nitreuse.

Une seconde portion de ce liquide étendue d'eau a été successivement traitée par le nitrate d'argent et par le nitrate de baryte qui n'y ont produit aucun précipité.

Une troisième portion du même liquide a été chauffée, à une douce chaleur, jusqu'à parfaite évaporation de la liqueur qui n'a laissé pour résidu, au fond de la capsule, qu'une tache jaunâtre à peine visible; on a versé ensuite dans la capsule une certaine quantité d'eau, on a chauffé et on a ajouté de l'acide hydrosulfurique, qui n'a nullement coloré la liqueur.

Ces expériences démontrent que le liquide contenu dans le flacon est de l'acide nitrique, et nous ferons remarquer que cet acide étant pur de tout autre et spécialement d'acide hydrochlorique, est différent de l'eau forte ordinaire du commerce qui contient toujours des quantités plus ou moins considérables de cet acide. Cet acide nitrique n'est rendu impur que par les produits qu'il a formés par son action sur les bouchons de liège qui ont servi à boucher les flacons qui le contenaient, avant qu'il n'eût été mis dans le flacon bouché à l'émeril.

Le second flacon ne contenait, comme nous l'avons dit, que quelques gouttes de liquide; ce liquide ne répandant qu'à peine l'odeur de l'acide nitrique et rougissant beaucoup moins vivement le papier bleu de tournesol nous n'avons pas jugé convenable de le soumettre aux mêmes opérations que le précédent, et pour constater sa nature, vu sa petite quantité, nous avons préféré la marche suivante : nous avons exactement saturé le liquide avec bicarbonate de potasse pur, ce qui s'est effectué avec effervescence, puis nous avons filtré. La liqueur filtrée, mise dans une capsule de verre et évaporée spontanément au soleil, a laissé un résidu salin, exclusivement formé de cristaux prismatiques.

Un de ces cristaux mis sur un charbon ardent a vivement déflagré.

Un second cristal a été dissous dans quelques gouttes d'eau distillée, et la solution traitée par le nitrate d'argent n'a rien perdu de sa transparence première, non plus que par le nitrate de baryte.

Enfin, le reste du sel a été introduit dans un tube de verre avec de la limaille de cuivre, on a versé dessus deux gouttes d'eau et trois gouttes d'acide sulfurique pur concentré, aussitôt il y a eu effervescence et production de vapeur nitreuse.

De ces expériences il résulte, pour nous, que la petite quantité de liqueur acide contenue dans ce second flacon, n'est que de l'acide nitrique affaibli avec de

l'eau, mélange qui serait en tout semblable à celui que l'on obtiendrait en mélangeant l'acide contenu dans le premier flacon, avec une certaine quantité d'eau.

Examen de la matière extraite de l'estomac.

Le petit flacon étiqueté: matière extraite de l'estomac de Trechet, contient environ une demi-once de liquide dans lequel flotte une quantité notable d'une matière floconneuse de couleur brun rougeâtre. Pour procéder à l'analyse de cette matière, nous l'avons versée sur un filtre préalablement lavé à l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique, et épuisé ensuite de toute acidité, par un long lavage à l'eau distillée.

La matière floconneuse brune rougeâtre restée sur le filtre, a été lavée avec de l'acool pur, parce que le liquide qui la contenait était fortement alcoolique. Cette matière a été séchée sur le filtre qui l'avait recueillie pour être examinée plus tard, si nous le jugions convenable, par suite de nos opérations ultérieures.

Une bande de papier bleu de tournesol plongée dans cette liqueur, qui a une légère teinte fauve, ne tarde pas à rougir d'une manière sensible.

Une portion de cette liqueur traitée par l'acide hydrosulfurique, n'éprouve aucun changement de coloration, même après plusieurs heures.

Une seconde portion de la même liqueur traitée par quelques gouttes d'acide hydrochlorique devient à peine louche, l'addition du chlorure de baryum n'augmente nullement l'intensité du louche, et l'addition de deux gouttes de chlorure de fer ne la colore point en rouge.

Le restant de la liqueur a été chauffé avec un léger excès de marbre pur et réduit en poudre fine. Il n'y a pas eu d'effervescence sensible à l'œil; toutefois, après cette action, la liqueur ne rougissait plus le papier de tournesol.

On a évaporé jusqu'à la réduction des deux tiers de la liqueur, et on a versé le tout sur un filtre, la liqueur filtrée a été traitée par deux à trois gouttes de solution concentrée de bicarbonate de potasse qui en a séparé une trace de carbonate de chaux, et la liqueur filtrée, évaporée jusqu'à siccité, a laissé au fond de la capsule une tache saline, laquelle traitée par une goutte d'acide sulfurique coloré par un peu de solution de sulfate d'indigo, a dégagé une odeur manifeste d'acide acétique et la couleur de l'indigo n'a point été altérée, même par l'action de la chaleur.

Le résidu insoluble provenant de la liqueur qui a été chauffée avec un léger excès de marbre, et qui était resté sur le filtre, a été traité à chaud, par l'alcool absolu, après avoir été préalablement desséché; la liqueur alcoolique provenant de cette opération a été filtrée puis évaporée presque jusqu'à siccité, le résidu à peine visible n'avait point de saveur, et n'a point changé de couleur par l'acide nitrique.

Enfin, la matière sur laquelle l'alcool n'a exercé aucune action, a été légèrement calcinée, pour détruire toute la matière organique qu'elle contenait, puis on l'a dissoute, à l'aide de la chaleur, dans un excès d'acide hydrochlorique pur, étendu de deux fois son volume d'eau. La liqueur filtrée n'a donné aucun précipité avec la solution de chlorure de baryum.

Il résulte de ces expériences, que la liqueur séparée par le filtre de la partie floconneuse de la matière extraite de l'estomac de Trechet, ne contient aucune trace de matières vénéneuses, soit minérales, soit végétales, qu'elle ne contient aucune trace d'acide nitrique, ni d'acide sulfurique, et que l'acide qui lui donnait la propriété de rougir le papier bleu de tournesol, était de l'acide acétique. Quelle est l'origine de cet acide? elle peut dépendre, 1° de ce que l'alcool qu'on a employé pour conserver la matière extraite de l'estomac, en contenait, ce qui est très ordinaire; 2° de ce que les sucs animaux qui se rendent dans l'estomac en contiennent naturellement.

Examen de l'estomac de Trechet.

Le bocal qui contenait ce viscère a été débouché et le liquide dans lequel il était plongé a été versé sur un filtre. La liqueur filtrée qui avait une odeur fortement alcoolique et une couleur ambrée a été évaporée jusqu'aux trois quarts, alors il a surnagé sur le liquide restant une foule de gouttes de matière d'apparence huileuse, qui se sont figées par le refroidissement en une graisse très molle; la liqueur ne rougit pas la teinture de tournesol; elle ne change pas de couleur par un courant de gaz acide hydrosulfurique, ni par l'addition de quelques gouttes de solution de persulfate de fer.

Enfin, la plus grande portion de cette liqueur, évaporée au bain de vapeur jusqu'à consistance d'extrait mou, ne laisse aucune saveur désagréable lorsqu'on la goûte, et cet extrait, traité par l'acide nitrique à chaud, donne une liqueur jaunâtre sur laquelle les agens chimiques n'exercent aucune réaction qui indique la plus petite trace de poisons végétaux.

La matière grasse trouvée dans cette liqueur, par suite de l'évaporation de l'alcool, provient incontestablement de l'action dissolvante que l'alcool que l'on a employé pour conserver la pièce, a exercé sur la graisse dont le viscère était recouvert sur plusieurs points de sa surface externe, surtout sur la partie externe de l'œsophage.

Après l'analyse de la liqueur qui avait servi à conserver l'estomac, nous avons procédé à l'examen du viscère, et pour cela nous l'avons retiré du bocal et l'avons développé dans une large capsule de verre, et dès-lors il nous a été facile de constater les diverses altérations et lésions que nous décrirons plus loin; ici nous devons nous borner à l'exposition des faits chimiques que son analyse nous a présentés, savoir: que par les moyens les plus minutieux, nous n'y avons pu découvrir de traces d'aucuns poisons métalliques ni de poisons végétaux; de même que l'existence d'aucunes traces d'acides sulfurique ou nitrique, ni d'action de ce dernier acide sur la tunique interne de l'estomac. Quant aux lésions que produit l'acide sulfurique sur cet organe, comme celles que nous y avons observées, pourraient l'avoir été par cet acide, bien qu'il n'en contînt plus; car, par l'effet de l'irritation qu'il a dû produire, la sécrétion abondante de liquide qui a dû en résulter par toutes les surfaces internes, ayant dû l'entraîner en combinaison insoluble avec la matière albumineuse de cette même sécrétion, nous avons dû dès-lors le rechercher dans la substance floconneuse de couleur brun rougeâtre retirée par filtration de la matière extraite de l'estomac, laquelle a été conservée et desséchée sur le filtre, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Examen de la substance floconneuse.

Cette substance ayant été humectée, on y a plongé

une bandelette de papier de tournesol et on a comprimé entre les doigts. Le papier a été rougi par cette simple opération bien que la matière n'eût pas de saveur sensible au goût. Cette expérience prouve que l'acide y était en combinaision; mais en combinaison qui ne gêne nullement sa réaction sur le papier bleu de tournesol qui ne doit cette couleur qu'à une base qui, ayant plus d'affinité avec lui, l'enlève à la substance animale avec laquelle il était combiné.

Pour prouver que cette matière floconneuse contenait réellement de l'acide sulfurique, nous l'avons de nouveau desséchée au bain de vapeur, et nous l'avons introduite dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités; nous avons fermé l'extrémité opposée avec un bouchon traversé par un tube de verre qui plongeait dans une éprouvette dans laquelle nous avions mis un mélange, à parties égales, d'acide nitrique et d'acide hydrochlorique purs. L'appareil ainsi disposé, nous avons chauffé graduellement la partie du tube qui contenait la substance floconneuse. Bientôt, il s'est dégagé une grande quantité de gaz empyreumatique, accompagné d'huile pyrogénée, qui se sont rendus dans le mélange d'acide et l'ont coloré en brun rougeâtre. Lorsque la partie de l'appareil ainsi que la matière qu'elle contenait ont été portées jusqu'au rouge et que toute l'huile volatile condensée dans la partie supérieure même du tube a été chassée dans le tube qui plongeait dans l'acide, on a démonté l'appareil, on a coupé par fragmens le tube conducteur et on les a fait bouillir pendant quinze minutes avec l'acide. Dans cette opération, l'huile a été complètement décomposée et la liqueur qui était fauve a été versée dans un verre d'eau distillée, puis on y a ajouté une solution de chlorure de baryum qui a sensiblement troublé la liqueur, et après douze heures de repos, on a trouvé à la pointe du verre un dépôt blanc, bien que la liqueur fût très acide. Ce dépôt, complètement privé d'acide par un long lavage, et examiné, a été trouvé être entièrement formé par du sulfate de baryte, lequel avait été lui-même probablement formé, soit par de l'acide sulfureux ou de sulfite d'ammoniaque produits pendant la calcination de la substance floconneuse, provenant de la matière extraite de l'estomac, substance floconneuse qui ne pouvait être qu'une combinaison neutre d'albumine et d'acide sulfurique.

Ainsi, après avoir démontré, 1° que la liqueur contenue dans les deux fioles est de l'acide nitrique (eau forte); 2° que les bouchons jaunis sont colorés par suite de l'action de cet acide; 3° que la matière extraite de l'estomac de Trechet ne contient aucun poison libre, mais qu'elle renferme une matière floconneuse dans laquelle existe évidemment de l'acide sulfurique; il importe d'examiner la valeur des faits et des conclusions consignés dans les deux rapports cités plus haut, et faire connaître notre opinion sur l'affaire pour laquelle nous sommes consultés.

Le premier rapport du docteur L. se termine par la conclusion suivante : « Jean Trechet est mort empoisonné, et l'empoisonnement a été produit par l'emploi de l'acide sulfurique. » Il faut l'avouer, jamais conclusion ne fut plus hardie et moins solidement établie; en effet, que trouve-t-on dans le rapport de ce médecin? Des descriptions incomplètes de l'état extérieur du cadavre et de celui des principaux organes : ainsi, on découvre une escarre vers la commissure des lèvres du côté droit, et plusieurs autres sur l'épaule, et on n'indique ni la longueur, ni la largeur, ni la couleur de ces escarres; il est vrai que l'expert établit qu'elles ressemblent à celles que produit l'acide sulfurique; mais il nous est permis de douter qu'il en soit ainsi, d'après ce qu'il dit plus loin, savoir, que la tache jaune, remarquée sur l'épaule droite, pourrait bien avoir été produite par la même liqueur (l'acide sulfurique), qui a développé l'escarre de la lèvre. Or, n'est-ce pas un fait constant que l'acide sulfurique ne jaunit jamais la peau, et, par conséquent, que si l'escarre de la lèvre est le fait de l'action de cet acide, ce ne peut pas être le même acide qui a occasioné la tache de l'épaule droite?

Le docteur L. signale, sur la région épigastrique, une tumeur de la grandeur d'environ un œuf de poule, sans faire connaître sa nature. Il indique immédiatement après la présence d'une trentaine de taches noires dans les régions dorsale et lombaire, sans expliquer leur origine; or, il est évident que ces taches, que ce médecin dit être formées par du sang, sont des ecchymoses et des lividités cadavériques, altérations que l'on observe constamment aux parties postérieures du corps, lorsque celui-ci est couché sur le dos, au moment de son refroidissement, surtout quand la putréfaction a déjà fait quelques progrès.

Les lésions remarquables du canal digestif, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, sont à peine l'objet de quelques lignes, dont le vague étonne outre mesure. « On a aperçu, dit l'expert, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, des traces évidentes d'une vaste lésion, que nous croyons devoir attribuer à l'emploi de la même substance, qui a déterminé les escarres observées à la lèvre supérieure, à l'épaule et à l'intérieur de la bouche. » Qu'a-t-on entendu par une vaste lésion? est-ce une rougeur générale sans destruction des tissus, et la teinte était-elle claire, brune ou noire? est-ce un assemblage d'ecchymoses, d'escarres? y a-t-il des ulcérations, des perforations? la membrane muqueuse est-elle détruite ou épaissie?

Mais ce qui doit surtout frapper l'observateur, c'est que sans avoir cherché à constater par des expériences chimiques, s'il y avait ou non de l'acide sulfurique dans une partie quelconque du canal digestif, et, après avoir aussi légèrement parlé des lésions cadavériques, et surtout de celles de l'estomac et des intestins, le docteur L. ait osé affirmer qu'il y avait empoisonnement par l'acide sulfurique.

Le second rapport de ce médecin, en date du 29 avril, contient entre autres assertions, « que la membrane muqueuse, qui tapisse les gencives, la bouche, le pharynx et l'œsophage, était cautérisée, sans dire en quoi consistait la cautérisation, et quelle était l'étendue et la profondeur de la lésion.

Il est dit plus bas que le tube intestinal était généralement enflammé, mais non cautérisé; assertion qu'il eût fallu prouver, au lieu de se borner à un énoncé aussi simple.

Après avoir blâmé la partie des rapports que nous venons d'analyser, et surtout les conclusions du premier d'entre eux, nous devons, à la vérité, dire que sur quelques points ces rapports contiennent des documens dont nous tirerons parti plus bas, lorsque nous discuterons le genre de mort auquel Trechet a succombé.

Les auteurs du second rapport établissent, d'une part, que ni l'œsophage ni l'estomac n'ont présenté à leur examen ni escarre, ni sphacèle, ni aucune

trace du passage d'un poison corrosif; ils regardent la lésion de l'estomac, qu'ils ne décrivent pas, comme étant le résultat d'une gastrite chronique. On voit donc qu'ils sont loin d'être d'accord avec le docteur L., qui a positivement affirmé que l'œsophage et l'estomac étaient le siége de lésions graves. Nous verrons plus bas, en décrivant les portions de l'appareil digestif, combien les observations des experts sont inexactes sous ce rapport. Plus loin, ces experts concluent d'un certain nombre d'expériences, évidemment insuffisantes, 1° que la liqueur trouvée dans l'estomac n'est pas sensiblement acide, et ne rougit pas le tournesol, ce qui n'est pas exact; 2° qu'elle semble être formée d'alcool, de mucus animal et d'un peu de sang; 3° que le liquide contenu dans les courtines était de l'acide nitrique du commerce, et ils se bornent, pour affirmer ce fait, à établir que ce liquide répand une vapeur nitreuse; ce que ne fait jamais l'acide nitrique pur, et que les bouchons sont colorés en jaune, comme si le chlore, etc., ne communiquaient pas également cette couleur aux bouchons. Ils terminent enfin, en disant que les liquides des deux courtines étaient aussi concentrés l'un que l'autre, parce qu'ils avaient la même force de saturation, sans faire connaître les expériences qui les ont conduits à admettre le fait. Non pas que nous prétendions que les liquides dont il s'agit ne soient pas formés par l'acide nitrique : nous disons seulement que, pour affirmer que telle est leur nature, il fallait les faire agir sur du cuivre métallique ou sur quelques autres métaux, et surtout les transformer en nitrate de potasse, dont on aurait ensuite reconnu les caractères distinctifs.

Conclusions à tirer de tout ce qui précède.

1° Le liquide recueilli dans l'estomac de Trechet, ne contenant aucune substance vénéneuse libre, et notamment de l'acide sulfurique, et les rapports des experts n'offrant aucun fait qui permette de dire, d'une manière positive, qu'il y a eu empoisonnement, nous ne pouvons affirmer que Trechet soit mort empoisonné.

2° La matière brune floconneuse, qui nageait au milieu de cette liqueur, contenant une petite quantité d'acide sulfurique, combiné avec de la matière animale avec laquelle elle forme en quelque sorte un sulfate, tout porte à croire que l'acide, dont il s'agit, a été avalé à l'état d'acide sulfurique, et qu'il ne provient pas des matières alimentaires ni de celles qui se trouvent habituellement dans les voies digestives; résultat qui nous permet de regarder comme fort probable qu'il y a eu empoisonnement par l'acide sulfurique, sans cependant que nous puissions l'affirmer, parce qu'à la rigueur, il ne serait pas impossible que l'acide, trouvé par nous, provint de quelque sulfate qui aurait pu exister dans l'estomac.

3° Les deux rapports du docteur L. ne faisant aucunement mention des accidens qui ont précédé la mort, de la nature des symptômes, de leur violence ni de la durée de la maladie, il ne nous est pas permis non plus de nous appuyer sur des signes de ce genre pour établir s'il y a ou non probabilité d'empoisonnement.

4° Parmi les lésions cadavériques décrites par M. L., quelques-unes semblent propres à établir des probabilités d'empoisonnement par un acide minéral, et surtout par l'acide sulfurique; ces altérations sont la ligne courbe noirâtre observée à la lèvre supérieure, le détachement aisé de l'épiderme de cette partie, l'escarre qui existe près de la commissure des lèvres, la couleur noire des couronnes des dents, des gencives, de l'intérieur de la bouche et de la langue; la cautérisation de ces diverses parties, dont plusieurs sont réduites en une sorte de pulpe, la séparation facile de la membrane muqueuse de la langue, la destruction presque complète de la luette, dont il ne reste que des débris noirs; enfin, nous ajouterons l'état inflammatoire de l'œsophage, de l'estomac et du canal intestinal, qui, pour n'avoir pas été suffisamment constaté et décrit, ne doit pas moins figurer ici, comme pouvant servir à établir quelques probabilités d'empoisonnement.

5° Les altérations organiques de l'estomac peuvent encore nous porter à soupçonner que Trechet aurait pu succomber à un empoisonnement par un acide ou un autre poison irritant; en effet, la membrane muqueuse de ce viscère offre une teinte généralement rouge-brune; on aperçoit çà et là des ulcérations, petites à la vérité, et formées aux dépens de la tunique interne détruite dans les parties où elles existent; on remarque aussi surtout près du pylore, quelques points et taches noirs, qui sont ici des ecchymoses, là, des escarres. Nous avons de la peine à admettre que des lésions du genre de celles dont nous parlons soient le résultat d'une gastrite chronique, comme l'ont énoncé les auteurs du dernier rapport. D'ailleurs, s'il en était ainsi, Trechet aurait dû éprouver, long-temps avant sa mort, des dérangemens notables dans les fonctions digestives. Hâtons-nous de dire, toutefois, que nous ne prétendons pas donner à ces altérations plus d'importance qu'elles n'en méritent, puisqu'à la rigueur, elles pourraient être le résultat d'une gastrite aiguë, développée par tout autre cause que par un poison.

6° Rien dans les légions du canal digestif n'autorise à faire croire, s'il y a eu empoisonnement, que le poison avalé ait été de l'acide nitrique, c'est-à-dire l'acide que l'on a trouvé dans les deux courtines ou fioles.

7° Relativement au désir énoncé dans la commission rogatoire, d'exprimer notre opinion sur le rapport des derniers experts, nous dirons que ces experts n'ont pas mis hors de doute que les liquides des deux fioles fussent de l'acide nitrique, et qu'ils sont loin d'avoir prouvé que Trechet n'est pas mort empoisonné; d'une part, parce que leur assertion concernant la gastrite chronique n'est fondée sur aucun fait concluant, et, d'autre part, parce que l'absence de tout poison dans les liquides de l'estomac en supposant qu'elle fût réelle, ne suffit pas pour dire qu'il n'y a pas eu empoisonnement, attendu que le poison aurait pu être expulsé en entier par les vomissemens, ou du moins il aurait pu en rester une si petite quantité dans l'estomac, que sa présence eût été fort difficile à constater.

Ces considérations nous paraissent de nature à devoir engager l'autorité judiciaire à chercher dans l'interrogatoire et dans les dépositions des témoins, à acquérir des notions qui pourront peut-être la mettre à même de décider que la mort de Trechet est due à un empoisonnement, genre de mort dont la possibilité ressort évidemment de nos observations, et en faveur duquel se réunissent de grandes probabilités.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

AOUT, 1833.

Philosophie des expérimentations en matière médicale.

Un mal incontestable qui se fait sentir tous les jours davantage dans la médecine, c'est le défaut d'idées positives sur la valeur réelle des agens thérapeutiques. A peine connaissons-nous les changemens physiologiques imprimés à l'organisme par les modificateurs que nous employons le plus souvent; à plus forte raison, nous trouvons-nous dans le vague quand nous nous interrogeons sur leurs propriétés thérapeutiques. Une si fâcheuse incertitude aurait peu d'inconvéniens si elle ne régnait que sur des points peu nombreux, si elle n'obscurcissait que la connaissance de moyens simples et toujours innocens; alors le médecin pourrait faire en tous lieux et répéter long-temps des expériences sans danger; alors le doute, quelque prolongé qu'il fût, ne compromettrait ni l'art ni le malade. Mais il se rencontre au contraire que les agens thérapeutiques les plus puissans dans l'ordre physiologique sont justement ceux qu'on s'est plu à regarder aussi comme les plus puissans dans l'ordre thérapeutique. A tort, ou à raison, le fait existe, et le nom d'héroïques donné aux médicamens les plus toxiques en confirmerait au besoin la vérité, s'il fallait de nouvelles preuves pour faire ressortir cet instinct des hommes qui les porte à admirer tout ce qui jouit d'une grande puissance, même pour nuire. Il importe donc au plus haut degré d'arriver à quelque chose de positif sur ces points, et de là se déduit facilement la nécessité d'en venir à des expérimentations bien faites; car, s'il y a danger à essayer ces terribles agens, le danger n'est pas moindre à les employer sans les connaître, ou bien à les négliger, s'ils possèdent véritablement les propriétés dont on les a décorés. Mais comment procéder à ces recherches?

On ne peut nier qu'il y a dans la nature même de l'expérimentation, en thérapeutique, des élémens nombreux d'incertitude. L'organisme ne sent pas dans toutes les conditions de la même manière l'impression d'un modificateur; le sexe, l'âge, la constitution, le tempérament, les habitudes, les maladies par leur nature et leurs changemens progressifs modifient le résultat de mille manières entre lesquelles il est bien malaisé de démêler la vérité. Outre ces difficultés inhérentes au sujet, il est une autre source d'erreurs qu'il importe de signaler d'abord; ce sont les dispositions morales que l'on apporte souvent à un travail si compliqué. L'un ne voit que des succès; aveuglé par une opinion préconçue, il explique et fausse tout ce qui n'y concorde pas; l'autre par une odieuse spéculation cache ses revers pour montrer le côté brillant, c'est-à-dire lucratif de son art; d'autres ne travaillent pas seulement à faire valoir le système auquel ils se sont dévoués, mais encore à détruire des systèmes contraires, et de là un aveuglement pour dénigrer non moins décevant que l'aveuglement pour applaudir. Louangeurs exagérés, détracteurs prévenus, ils usent ou plutôt abusent également du mystère dans lequel la nature s'enveloppe, et au milieu de ces guides infidèles, la foule de ceux qui voient sans réfléchir et parlent sans penser suit l'impulsion qu'on lui donne, et court d'un excès à un autre; misérable

jouet de quelques ambitieux ou de quelques illuminés, jusqu'à ce que cette probité qui vit toujours dans les masses leur ouvre enfin les yeux, et par le regret de ce qu'ils ont fait, les jette dans le pyrrhonisme.

Mais supposons l'amour de la vérité, un jugement sain pour la reconnaître, un zèle à la chercher assez grand pour n'être pas rebuté par la longueur d'une pareille tâche, comment procéder à des recherches dont l'histoire de la médecine raconte partout les nombreux insuccès? Le sceptique le plus décourageant ne peut douter pourtant qu'il existe des remèdes véritables; le quinquina, l'iode, le mercure, les antiphlogistiques, le prouvent chaque jour par les succès les plus multipliés. C'est à l'expérimentation bien faite et chaque jour répétée qu'on en doit la connaissance; c'est l'expérimentation raisonnée ou l'expérience qui a su les apprécier et réduire en méthode l'art de s'en servir, tandis que les incertitudes en matière médicale résultent toutes d'expérimentations insuffisantes, mal faites ou mal raisonnées. C'est donc à les faire convenablement et à les bien raisonner que nous devons nous appliquer.

Pour que des expériences soient faites convenablement, deux choses doivent indispensablement fixer l'attention, la chose en expérimentation et le sujet sur lequel on expérimente.

La première est en effet d'une indispensable nécessité. J'entends par là qu'il faut bien savoir ce qu'on donne, combien on en donne, comment on le donne. C'est faute d'avoir suivi cette règle que nous avons en médecine tant de données fausses et contradictoires sur la valeur d'un grand nombre d'agens thérapeutiques. Les exemples ici ne manqueraient pas, et pour en donner une idée, il me suffira de citer entre mille les extraits, préparations si souvent infidèles, ou certains sels que l'on décompose chaque jour en les mêlant avec des substances qui en altèrent la nature chimique. Je suis sûr qu'il est peu de praticiens qui n'aient péché contre cette règle depuis l'invention barbare du diascordium et de la thériaque, jusqu'aux préparations de deuto-chlorure de mercure si souvent altéré dans les formules.

Quant au second point qui doit fixer l'attention de l'expérimentateur, le sujet sur lequel il opère, on conçoit, sans que j'aie besoin d'y insister, toute l'utilité, toute la nécessité de cette étude. Les forces, les habitudes du sujet, ses répugnances, sa maladie, le moment du mal dans lequel il se rencontre, la marche qu'il a suivie, celle qu'il doit suivre encore selon les plus grandes probabilités, sa nature, les fonctions actuellement intègres ou lésées, et tant d'autres considérations tirées de l'étude du malade, sont manifestement d'une importance telle que si elles n'étaient pas suivies avec soin et bien constatées au moment de se livrer à une expérimentation quelconque, par cette négligence même, tous les résultats de l'expérimentation seraient ou pourraient être infirmés. Heureusement l'état présent du diagnostic des maladies offre de grandes ressources pour des recherches de ce genre. Avec la précision qu'on a maintenant acquise, nous ne pouvons plus avoir de ces cas douteux ou plutôt de ces désignations vagues qui laissaient tant de lacunes à remplir, et par conséquent tant de causes d'erreurs dans les expériences de nos devanciers. C'est en ce sens surtout que les conquêtes de la médecine anatomique ont mieux précisé les points sur lesquels la thérapeutique doit s'appliquer et faciliter les progrès de la matière médicale.

Voilà pour l'expérimentation bien faite : mais il ne suffit pas pour tirer des conséquences sûres, d'avoir des observations. Certaines personnes qui prennent pour raison suffisante une habitude adoptée, une mode en faveur, croient avoir beaucoup fait quand elles ont raconté fort au long des observations particulières, et même on pense généralement de nos jours qu'un auteur donne ainsi des preuves éclatantes de sa bonne foi et sert grandement la science en n'y mettant que des faits. Pour moi je crois au contraire que ces histoires prouvent généralement peu de chose. Quand un auteur estimable dit en abrégé ce qu'il a vu, il en apprend tout autant que quand il le rapporte en détail, et il est tout aussi facile, pour un menteur, d'inventer des observations que des préceptes généraux fondés sur l'observation. A mon sens on sert plus la science en déduisant d'un certain nombre de faits bien observés toutes leurs conséquences logiques et rigoureuses, qu'en racontant d'un style plus ou moins prolixe des faits isolés et stériles, malgré tous les détails dont on les a surchargés. Une observation n'a de valeur en médecine que par le résultat général auquel elle concourt, et dont elle est destinée à devenir élément, et je maintiens qu'un petit mémoire résumant les conséquences d'observations bien faites est plus profitable pour la science que deux gros volumes pleins d'observations minutieusement rapportées et vides de conclusions; pour ce dernier travail il ne faut que de la patience et pour l'autre il faut du bon sens, et l'un est beaucoup plus rare que l'autre.

Mais, dira-t-on, c'est mettre du sien dans un travail qui devrait ne se composer que de faits. Objection puérile et qui mériterait à peine d'être refutée, si l'amour des faits n'avait pas été porté de notre temps jusqu'à l'oubli de tout le reste. Mais d'abord il est impossible que le raisonnement humain ne se mêle pas aux faits quand on veut les utiliser pour une science. Je défie qu'on me cite dans les sciences un fait utilisé qui ne l'ait pas été par le raisonnement, c'est-à-dire par ses conséquences bien déduites. Que si on a quelquefois abusé du raisonnement ou bien si on l'a mis à la place de faits, ce n'est pas une raison pour le proscrire, mais au contraire pour en user en se donnant toutes les garanties possibles contre les écarts de l'imagination. Par exemple, pour le cas qui nous occupe, je suis convaincu que le raisonnement appliqué aux faits ne nous aurait pas trompés si on s'était toujours imposé les conditions suivantes :

1° Que beaucoup d'expérimentations aient été faites;

2° Qu'on ait dans chacune tenu compte de toutes les circonstances appréciables;

3° Qu'on déduise des faits ainsi observés toutes leurs conséquences, mais rien que leurs conséquences.

Ces conditions me paraissent toutes trois également indispensables. Sans la première, il est impossible de savoir en effet exactement les propriétés d'un modificateur quelconque. L'homme est si variable, les différentes conditions dans lesquelles se trouve la sensibilité si complexe de chacun peuvent tellement changer les données de l'expérimentation, qu'on n'a jamais assez de garanties. Il y a plus : quelque nombre d'expériences qu'on ait faites, il se trouve des cas qui ne rentrent pas dans ce qu'on a

vu, et de là la nécessité de multiplier les essais autant que possible.

Sans la seconde condition, qui veut qu'on ait tenu compte de toutes les circonstances appréciables, on commettrait mille erreurs si l'on osait se fier aux résultats obtenus. On ne serait pas sûr de n'avoir pas omis précisément les points les plus importans, ceux qui décident des ressemblances ou des différences des observations. Ce n'est pas à dire pour cela, qu'en publiant le résultat d'expérimentations ainsi faites, il faille tenir le public au courant de toutes les minuties qu'on a notées. Au contraire il est bon de lui sauver tout détail inutile. Il faut que l'observateur les ait tous recueillis, parce qu'il ne pouvait pas juger *a priori* de leur importance ultérieure; il en est quitte ensuite pour élaguer de son travail toutes ces inutilités, et aborder franchement les questions capitales soulevées ou jugées par ses observations. Si l'on veut de grands exemples des vices dont je parle, je dirai que les observations des anciens péchaient surtout parce qu'elles manquaient d'un très-grand nombre de détails utiles, et qu'elles tenaient seulement compte de quelques circonstances exagérées par leurs théories, qu'au contraire les observations recueillies pendant ces vingt dernières années surabondent de détails fastidieux et inopportuns qu'on retrancherait facilement sans ôter rien à la valeur de l'observation.

On conçoit sans peine que l'absence de ces deux conditions premières détruit tout l'élément de la troisième, qui constitue toute la logique des expériences. Les deux conditions dont je viens de traiter rendent les expérimentations, comparables, complètes, concluantes; sans elles tout raisonnement est hypothèse, erreur, ou mensonge; c'est sur elles que la justesse de tout raisonnement est basée. Le raisonnement, appliqué aux expérimentations en matière médicale, consiste, avons-nous dit, à tirer des faits toutes les conséquences qu'ils comportent, mais rien que ces conséquences. Certes, si cette règle avait toujours été respectée; nous ne serions pas si pauvres en appréciations thérapeutiques des moyens même les plus usités, et surtout les avantages qu'on peut s'en promettre sur la foi de nos prédécesseurs seraient moins illusoires. Cette règle au reste est bien difficile à observer, du moins pour certains esprits, et rien ne prouve mieux combien est rare une logique sévère, que les fautes innombrables commises contre ce principe, quoiqu'il ait été invoqué formellement ou vaguement senti dans presque tous les temps. Mais il est des hommes dont la logique est toujours malheureuse, parce qu'ils manquent d'un sens. D'un autre côté, une appréciation si délicate a en soi, et même pour les meilleurs esprits, des difficultés qu'on aurait tort de nier. Mais il faut avouer, à la honte de notre espèce, que nos erreurs n'ont pas toujours des excuses si légitimes. C'est surtout en ces matières qu'il faut se défier des opinions préconçues et de leur influence sur la logique des expérimentations. Point de système arrêté d'avance, examen de toutes les conditions du fait, jugement sévère, amour pur de la vérité; sans ces conditions point de résultat assuré, quel que soit le nombre des expérimentateurs; avec elles il suffit que l'observateur veuille voir avec ses yeux, chose plus difficile et plus rare qu'on ne le croit communément.

C'est sans doute à cause de cette difficulté à féconder les meilleures observations que quelques personnes, désespérant du bon sens de l'espèce humaine, ont mieux aimé s'en rapporter aux chances du hasard combinées avec des chiffres, et en former une méthode qu'on a nommée numérique, et dont il me reste à dire quelques mots.

Cette méthode consiste à faire l'addition des malades de telle sorte, traités de telle manière, la soustraction de ceux qui sont morts, et de ceux qui ont guéri, et à chercher ainsi, dans les élémens du traitement, la cause des morts, des guérisons et de la durée moyenne de la maladie. Il me semble difficile au reste de concevoir autrement que comme une tentative désespérée une méthode qui choque si formellement les règles les plus simples sur lesquelles on puisse fonder un jugement; car :

1° Elle invoque l'arithmétique, et la première règle de l'arithmétique c'est que l'on peut additionner et soustraire tant qu'on veut des nombres abstraits; mais que, quand il s'agit de nombres concrets, on ne peut additionner ou soustraire que des choses semblables. Or on ne peut nier que les malades dont on parle sont des nombres concrets représentant certaines choses et non certaines autres, et par conséquent qu'on ne peut additionner que des malades pareils. La plus superficielle observation, la moindre réflexion montre que, pour le cas dont il s'agit, on n'a jamais des malades pareils, que rien n'est plus différent qu'un homme et un homme, qu'une maladie et une autre maladie, qu'un moment de maladie et un autre moment de la même maladie, qu'une maladie dans une saison, dans une époque, et une maladie de même nom dans un autre temps; qu'enfin de ce point de vue les différences sont à l'infini, et je dis les différences capitales. Il est donc évident qu'en invoquant la régularité, l'inflexibilité de l'arithmétique pour se soustraire aux empiétemens de l'imagination, on commet contre le bon sens la plus grave erreur; comme si l'on pouvait additionner ensemble des fleurs, des maisons, des oiseaux; puis du total extravagant qu'on aurait, soustraire des poissons et des fruits!!!

2° Ce n'est pas tout : en supposant que le mot arithmétique couvre suffisamment cette grave faute, il ne faut pas abuser d'une si haute protection pour autoriser le plus étonnant sophisme. C'est un second malheur de cette méthode qu'en l'adoptant on peut se charger de prouver par elle que dans un service donné des hôpitaux de Paris tous les malades meurent pour avoir pris du vin sucré, dans un autre pour avoir eu des sinapismes, dans presque tous pour avoir reçu les sacremens des mourans, puisqu'ils n'y meurent pas sans cela. C'est qu'il y a dans cette méthode une supposition continuelle; c'est que l'on rapporte tout ce qui arrive au modificateur en expérimentation; c'est qu'on est forcé de le faire; car, si vous ne lui rapportez pas absolument tout, vous retombez dans une appréciation arbitraire de toutes les causes qui peuvent intercurremment changer le jeu de l'organisme, par conséquent dans le raisonnement humain en haine duquel, et, il faut le dire, contre les lois duquel votre méthode numérique est établie.

3° Enfin une semblable méthode peut assez bien se juger par une application que les géomètres appelleraient réduction à l'absurde. Elle prouve également pour et contre tous les traitemens; appliquée à un traitement peu actif, ou bien dans les maladies peu graves, comme dans celles que nous ne savons pas guérir, elle arrive toujours à très-peu près au même point, c'est-à-dire à constater le même résultat général, quel que soit le traitement employé. Si le traitement est très actif au contraire,

elle prouvera toujours qu'un tel traitement quel qu'il soit peut tuer, mais elle ne fera jamais sentir les cas dans lesquels il peut être utile. Elle détruit toute appréciation des indications thérapeutiques, et réduit l'art à n'être plus qu'une impuissance banale.

En un mot c'est l'empirisme, que cette méthode; mais l'empirisme fondé sur une erreur matérielle ; l'empirisme moins ses hardiesses quelquefois heureuses, plus ses dangers quand on n'a pas su apprécier le temps d'agir, en un mot l'empirisme sans raisonnement. Si de pareilles méthodes obtenaient jamais un crédit un peu durable, il faudrait désespérer de la raison humaine. Un fatalisme absolu ne serait pas plus déplorable.

S. Sandras.

Recherches sur le traitement de la pneumonie des enfans, faites à l'hôpital des enfans malades de Paris.

Les phlegmasies de la poitrine sont plus fréquentes chez les enfans que chez les adultes. Cette vérité, qui eût été regardée comme un paradoxe il y a trente ans, a été mise hors de doute par l'heureuse application que l'on a faite aux maladies du jeune âge des recherches d'anatomie pathologique, et surtout des précieux moyens d'investigation du thorax, dont nous devons la connaissance à Laennec. La pneumonie, qui est une des causes puissantes de la mortalité des enfans, ne se trouve point décrite dans les auteurs. Sans remonter à Hippocrate, qui dit formellement que les phlegmasies de poitrine ne se montrent jamais avant l'âge de puberté, nous pourrions citer Boerrhaave, Cullen, Sauvages, Pinel, et tous les nosographes des deux derniers siècles, qui ont gardé sur ce point de la pathologie un silence absolu. Stoll et Frank ont bien décrit une pneumonie latente, mais ils n'ont pas dit l'avoir observée chez les enfans. Rosen, Underwood, Chambon, Capuron, qui ont publié des traités *ex professo* sur les maladies du jeune âge, n'en ont pas même fait mention. Sydenham paraît ne pas l'avoir méconnue, mais il ne l'a point décrite, faute de signes propres à la caractériser. Cet illustre observateur, dans la description des épidémies de rougeole qu'il nous à transmise, s'exprime en ces termes : « Souvent, à la suite de cet exanthème, les enfans sont pris d'un mouvement fébrile et d'une difficulté de respirer, qui sont les indices certains de la péripneumonie. Cette inflammation, ajoute-t-il, fait parmi les enfans un plus grand nombre de victimes que la variole. » Billard, qui a récemment écrit sur les maladies des enfans nouveau-nés, a signalé et décrit la pneumonie particulière à cet âge. Mais cette affection ne frappe pas seulement les enfans à la mamelle, elle se montre fréquemment depuis la première dentition jusqu'à l'âge de puberté. Pour donner une idée de sa fréquence, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs le tableau des pneumonies observées à l'hôpital des enfans malades (1) pendant le premier semestre de 1833. Sur 370 malades admis dans le service des maladies aiguës (division des garçons), nous avons observé 72 cas de pneumonie, et malheureusement, dans un certain nombre de ces cas, notre diagnostic a été confirmé par la nécropsie. Voici, du reste, comment ce nombre a été réparti suivant les âges et suivant les différens mois.

De 2 à 4 ans.	24	Janvier.	8
De 4 à 6 ans.	10	Février	7
De 6 à 8 ans.	14	Mars	9
De 8 à 10 ans.	7	Avril	18
De 10 à 12 ans.	5	Mai	16
De 12 à 14 ans.	5	Juin	14
De 14 à 16 ans.	7		
Total.	72	Total.	72

Ainsi, un cinquième environ des malades admis étaient affectés de pneumonie. Cette proportion est celle qui s'observe ordinairement à l'hôpital des enfans, d'après le témoignage de M. Guersent; elle est même quelquefois plus considérable. Du reste, ces divers sujets affectés de pneumonie nous ont offert toutes les formes, toutes les nuances de la phlegmasie pulmonaire. Cette affection était tantôt double, tantôt simple; dans quelques cas, elle occupait un ou deux lobes tout entiers; dans d'autres, elle était disséminée, et siégeait dans une foule de points séparés par un tissu très sain. Tantôt elle était compliquée de l'inflammation de la plèvre, tantôt elle était bornée au parenchyme pulmonaire. Sans nous arrêter à toutes ces formes et à toutes ces variétés, nous diviserons la pneumonie des enfans en primitive et consécutive. Cette distinction est très importante en pratique, puisqu'elle doit être l'objet essentiel de règles du traitement, aussi nous bornerons-nous à elle seule dans l'esprit de cet article.

Traitement de la pneumonie primitive.—La pneumonie qui se manifeste chez un individu sain au moment de l'invasion se présente avec des caractères différens, suivant qu'elle affecte les enfans du premier âge ou qu'elle frappe ceux qui se rapprochent de l'âge adulte. Chez les enfans de huit à seize ans, développée le plus souvent sous l'influence de causes atmosphériques, quelquefois néanmoins sans cause appréciable, elle offre à peu près le même ensemble de symptômes que chez l'adulte. Ainsi douleur vive du côté affecté, dyspnée, toux fréquente, expectoration tantôt sanguinolente, tantôt purement catarrale; état couenneux du sang tiré de la veine, râle crépitant, fin et sec d'abord, puis respiration tubaire, bronchophonie, matité au niveau du parenchyme pulmonaire hépatisé. Lorsque la phlegmasie est observée à une époque peu éloignée du début, et qu'elle est convenablement traitée, sa résolution s'opère avec une extrême promptitude.

A la tête des moyens propres à favoriser cette heureuse terminaison, il faut placer les émissions sanguines. La saignée du bras doit être pratiquée d'abord, et on ne doit pas craindre de la réitérer si la fièvre et la dyspnée conservent une certaine intensité. La quantité du sang tiré chaque fois de la veine sera proportionnée à l'âge et à la force du sujet, à l'intensité du mouvement fébrile et à l'étendue de la phlegmasie. Elle est ordinairement de deux palettes. Après la saignée du bras, on doit recourir à l'application des sangsues et des ventouses scarifiées sur le côté affecté. Ces derniers moyens ne sont efficaces que lorsqu'ils sont employés après

(1) Cet établissement est spécialement destiné aux enfans malades des deux sexes, âgés de deux ans au moins, et de seize au plus.

la phlébotomie. Les praticiens de nos jours négligent trop l'emploi de la saignée générale dans les maladies des enfans ; ils se contentent pour la plupart des émissions sanguines locales. Dans le cas qui nous occupe, ils ne devraient pas oublier qu'ils ont affaire à un organe parenchymateux, et que la saignée générale a non-seulement pour effet d'affaiblir l'orgasme inflammatoire, mais encore de diminuer la quantité de sang qui, dans un temps donné, doit traverser les vaisseaux pulmonaires.

Si sous l'influence des émissions sanguines la pneumonie ne marche pas rapidement vers la résolution, on pourra recourir à l'application du vésicatoire ou d'un emplâtre stibié sur le côté du thorax affecté. Un purgatif administré au moment où la respiration devient plus libre et la fièvre moins intense, accélère la guérison. On secondera l'effet de ces moyens par des boissons adoucissantes, telles que les infusions de violette, de mauve, édulcorées avec le sirop de gomme ou de guimauve, prises tièdes ; on prescrira en même temps des juleps gommeux, des loochs blancs. Les malades seront tenus à une diète sévère tant que persistera le mouvement fébrile.

Tel est l'ensemble des moyens que l'on met journellement en usage à l'hôpital des enfans. Il est un autre genre de médicamens qui ont été employés avec succès dans un certain nombre de cas; nous voulons parler des préparations antimoniales.

Le tartre stibié, prescrit selon la méthode rasorienne, nous a paru accélérer la résolution de la pneumonie dans un certain nombre de cas. On l'a administré à dix malades, dont deux étaient affectés de pneumonie double. Chez sept d'entre eux, la maladie s'est terminée par la guérison; chez deux des trois malades qui ont succombé, le tartre stibié n'a été employé qu'en désespoir de cause, à une époque très-éloignée du début; l'autre était atteint d'une affection tuberculeuse latente qui avait été le point de départ de la phlegmasie pulmonaire. Sur les dix malades, un seul n'a éprouvé ni vomissemens ni diarrhée ; deux ont eu des vomissemens sans évacuations alvines le premier jour ; chez tous les autres, des évacuations ont eu lieu par haut et par bas pendant deux jours, et la tolérance ne s'est établie que le troisième jour. Chez le malade atteint de tubercules, la diarrhée a persisté même après la cessation de la potion stibiée, et s'est prolongée jusqu'à la mort. Dans tous les cas, l'emploi du tartre stibié a été précédé de la saignée générale.

L'émétique a été administré dans une infusion de feuilles d'oranger édulcorée, à laquelle on ajoutait quelquefois deux gros de sirop diacode. La dose ordinaire était de 4 grains le premier jour, on la portait successivement à 6, 8, 10, et même 12 grains dans les vingt-quatre heures. La quantité de véhicule était de 6 onces, que l'on faisait prendre par cuillerées, de deux en deux heures.

Lorsqu'il existait des signes d'embarras gastrique, le tartre stibié, administré à dose vomitive, suivant la méthode de Stoll et de Rivière, a été employé avec avantage.

L'oxide blanc d'antimoine a été expérimenté chez un grand nombre de malades par M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans, chargé pendant cet hiver de la division des filles. Ce praticien a eu beaucoup à se louer de l'emploi de ce médicament. Après avoir fait pratiquer une saignée du bras, il administrait l'oxide blanc d'antimoine à la dose de vingt grains d'abord, qu'il portait successivement jusqu'à un gros et demi dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de cette médication, nous avons vu s'opérer rapidement la résolution de pneumonies graves chez des sujets de dix à quinze ans. Rarement cette préparation antimoniale donne lieu à des vomissemens et à la diarrhée. Sous ce rapport, l'oxide blanc d'antimoine est préférable au tartre stibié.

Le kermès minéral à haute dose est très mal supporté par les enfans. Nous l'avons vu provoquer des accidens du côté des voies digestives, qui ont nécessité l'emploi des antiphlogistiques. Ce médicament, administré suivant la méthode Rasorienne, nous a paru si souvent infidèle, et quelquefois si nuisible, que nous ne saurions trop recommander de renoncer à son emploi. Cependant, donné à dose d'un demi-grain ou d'un grain dans un demi-looch ou une potion gommeuse, il facilite l'expectoration et favorise la résolution des pneumonies qui restent stationnaires après la diminution du mouvement fébrile.

Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupé que du traitement de la pneumonie primitive chez les enfans qui avaient dépassé l'âge de huit ans ; il nous reste à parler des indications thérapeutiques dans la pneumonie des enfans du premier âge. Ici le diagnostic devient plus difficile, on ne retrouve plus les signes caractéristiques des inflammations pulmonaires. L'expectoration manque complétement chez les très jeunes enfans. On l'observe quelquefois dès l'âge de six à huit ans, mais elle ne diffère pas de celle du simple catarre. Quant à la douleur pleurétique, ou les malades ne l'accusent pas, ou bien ils la rapportent à des organes plus ou moins éloignés du siége de la phlegmasie. Nous avons en ce moment sous les yeux deux jeunes enfans entrés à l'hôpital avec une pneumonie au second degré, et qui accusaient tous les deux une douleur du flanc droit. Ce symptôme avait attiré toute l'attention des médecins qui leur donnèrent les premiers soins. Des sangsues avaient été appliquées sur le point douloureux et n'avaient pas empêché la phlegmasie pulmonaire de marcher. Chez d'autres, la pneumonie est marquée par des symptômes cérébraux ; des convulsions se manifestent ; un médecin peu habitué à observer les enfans croit à une méningite, et dirige toute la médication vers le cerveau. Chez les jeunes enfans, la pneumonie est latente. Cependant la toux, la dyspnée et la fièvre, doivent donner l'éveil au médecin, et l'engager à pratiquer l'auscultation et la percussion du thorax, qui bien souvent confirmeront les soupçons que les symptômes généraux avaient pu faire naître.

Dans ces divers cas, il est encore prudent de recourir aux émissions sanguines. A l'hôpital des enfans, on ouvre la veine de tous les pneumoniques qui ont dépassé l'âge de trois ans. On tire quatre ou six onces de sang, et l'on se trouve bien de cette pratique. Chez les enfans de un à trois ans, on se sert des ventouses scarifiées, qui agissent plus promptement que les sangsues et irritent beaucoup moins les jeunes malades. Pour les enfans à la mamelle, deux ou quatre sangsues sur le côté du thorax affecté, rempliront cette indication. On pourra seconder l'effet de ces moyens par l'application de cataplasmes émolliens, ou d'un large morceau de diachylon sur les parois thoraciques. Chez les jeunes enfans, on ne doit pas pousser trop loin les émissions sanguines. Lorsqu'on insiste trop sur cette médication, les accidens inflammatoires diminuent, il est vrai,

mais la phlegmasie passe à un état sub-aigu qui se prolonge indéfiniment, et se termine quelquefois par la tuberculisation du poumon.

On ne doit pas non plus maintenir trop long-temps les jeunes enfans à une diète rigoureuse. Dès que le mouvement fébrile commence à diminuer, on doit permettre l'usage du lait coupé ou de l'eau de poulet. Dans la pneumonie des enfans à la mamelle, M. Billard recommande la diète du sein; nous ne partageons pas son avis. Il suffit que la nourrice donne moins souvent le sein à son nourrisson, et qu'elle se soumette à l'usage des boissons délayantes. M. Billard proscrit le bain, parce que la chaleur et la pression du liquide augmenteraient, dit-il, l'afflux du sang vers le thorax, et accroîtraient la gêne de la respiration. La chaleur nous paraît plus propre à appeler le sang à la peau qu'à le refouler à l'intérieur. Quoi qu'il en soit de cette explication, les bains tièdes sont journellement employés à l'hôpital des enfans pendant le cours des phlegmasies pulmonaires; ils amènent une détente générale dont les malades éprouvent les heureux effets. Il règne parmi les gens du monde, et même parmi beaucoup de médecins, un préjugé qui fait proscrire les bains dans les affections de poitrine; nous ne les avons jamais vus produire d'accidens, et leur emploi a été souvent suivi d'un soulagement notable, lorsqu'ils étaient employés avec précaution.

Le tartre stibié à haute dose doit être sévèrement proscrit. Il donne lieu chez les très jeunes enfans à des vomissemens et à des diarrhées interminables. Il a été essayé dans quelques cas, mais on a été bientôt obligé d'en suspendre l'emploi.

L'ipécacuanha, au contraire, administré sous forme de poudre et de sirop, est utilement employé. Il supplée à l'expectoration qui est nulle à cet âge, et opère sur les voies digestives une dérivation salutaire.

Traitement de la pneumonie consécutive. — La moitié au moins des pneumonies dont nous avons présenté le tableau au commencement de cet article étaient consécutives à la bronchite, à la coqueluche et aux exanthèmes fébriles. Chez les enfans qui approchent de l'âge de la puberté, elle se manifeste souvent pendant le cours de la fièvre typhoïde. Enfin, chez les jeunes enfans qui font un long séjour à l'hôpital, et qui sont débilités par des phlegmasies gastro-intestinales, on voit survenir cette pneumonie hypostatique sur laquelle M. Piorry a appelé l'attention dans ces derniers temps. Cette forme de pneumonie, que ce praticien a surtout observée chez les vieillards, est tellement commune à l'hôpital des enfans, que M. Guersent a dit qu'elle y était endémique (1). Sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, les deux extrêmes de la vie se touchent.

Lorsque la pneumonie se manifeste pendant le cours des exanthèmes fébriles et en enraie la marche, imitons la pratique de Sydenham, qui, dans ce cas, n'hésitait pas à ouvrir la veine. Le passage où cet illustre observateur parle de succès obtenus par l'emploi de ce moyen est assez remarquable pour que nous le citions textuellement. « Si autem æger « post morbillorum discessum (quod valdè est fami- « liare) febre vehementi atque dyspneâ, qualia « peripneumonicos affligere solent, in vitæ discrimen « adducatur, felicissimo semper eventu vel tenerri- « morum infantium venas in brachio secui, eductâ « eâ sanguinis quantitate quam ætas viresque in- « dicarent. Quandoque etiam vigente morbo phle- « botomiam iterare haud sum veritus. Profectò haud « paucos infantes hoc statim symptomate enecandos « misso sanguine eripui. » (Th. Sydenham, Op. med., t. I, c. 5.) Ce que Sydenham disait de la pneumonie qui complique la rougeole peut s'appliquer aux autres exanthèmes fébriles. On doit chercher en même temps à rappeler l'éruption et à déterminer une révulsion vers la peau en promenant sur les extrémités des sinapismes mitigés et en appliquant sur les parois thoraciques des vésicatoires volans ou stationnaires.

Dans la pneumonie hypostatique qui survient à la suite d'un décubitus prolongé et chez les enfans débilités par des maladies antécédentes, on administrera de légers toniques, si le tube digestif est exempt de phlogose. Les lavemens de quinquina, l'eau vineuse, des alimens substantiels, mais en petite quantité, soutiendront les forces du malade et amèneront une réaction salutaire. On doit surtout faire varier la position du malade, le faire asseoir dans son lit, le faire coucher alternativement sur l'un et l'autre côté. Il faudra engager les personnes chargées de la garde du malade à le prendre dans les bras et à le promener.

La pneumonie chronique est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes. Ici les cautères appliqués au nombre de deux ou trois, suivant l'étendue de la phlegmasie, sur les parois thoraciques, comptent quelques succès. On soumettra en même temps le malade à l'usage des eaux sulfureuses. Les eaux de Barèges, d'Enghien, sont utiles dans ce cas. Lorque la pneumonie ne s'amende pas sous l'influence de ces moyens, on doit redouter la présence des tubercules, qui sont extrêmement communs chez les enfans.

T. Constant.

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. Enfant.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'abaissement des cataractes molles et membraneuses, ainsi que de celles qui sont adhérentes à l'iris.

Les cataractes molles sont malheureusement très fréquentes, et l'on peut poser en principes que rien n'est plus rare que de rencontrer une cataracte entièrement solide avant l'âge de trente-cinq ans. De nombreuses dissections, un plus grand nombre encore d'opérations pratiques sur l'homme, m'ont prouvé jusqu'à l'évidence que le professeur Scarpa avait raison en annonçant que le plus grand nombre des cataractes manquaient de solidité, quoique M. Dupuytren ait annoncé le contraire dans ses leçons cliniques insérées dans la clinique des hôpitaux (1827). C'est la fréquence de cette espèce de cataracte qui, en offrant un grand nombre de difficultés pour l'abaissement, avait conduit notre illustre maître à employer le broiement du cristallin toutes les fois qu'il ne pouvait le déprimer en masse; en effet le cristallin et sa capsule sont si mous et si friables, tandis que la zonule ciliaire et la hyaloïde offrent une si grande résistance, qu'en présentant l'aiguille par le dos sur l'opacité cristalline, la capsule se rompt et l'instrument pénètre en totalité dans le cristallin en le partageant en plusieurs fragmens. A peine cette rupture est-elle pratiquée que l'on voit le cristallin tantôt fluide, tantôt caséeux se répandre au-dehors en partie ou en totalité.

Dans le premier cas, l'humeur aqueuse est troublée en totalité, la pointe de l'aiguille n'est plus apparente, et il n'est pas rare de voir de jeunes opérateurs embarrassés au point de ne pouvoir pas continuer l'opération. Si l'humeur aqueuse ne se trouble pas, et si le cristallin se sépare en grands lambeaux flottans, au moyen d'une aiguille très courbe l'on peut chercher à accrocher les plus gros fragmens et les porter au fond de l'œil. Cette manœuvre est cependant très difficile, et l'on a plus d'avantage à les faire passer dans la chambre antérieure pour les exposer à l'action de l'humeur aqueuse, que les belles expériences du professeur de Pavie ont prouvé être le meilleur dissolvant possible, ce qui en facilite l'absorption. Pour arriver à ce but, il est bien important de se pénétrer de l'anatomie chirurgicale de l'œil, dont nous avons dans un article préliminaire ébauché les caractères les plus saillans. Le point fondamental consiste à briser le cristallin et ses enveloppes en un aussi grand nombre de fragmens que possible. A cet effet, il faudra au moyen de l'aiguille décrire des arcs de cercle et des cônes dont la base correspondra a l'extrémité de l'aiguille et le sommet à la tige qui appuie sur le trou de la sclérotique. Ces circonvolutions coniques seront d'autant plus étendues que l'on portera l'aiguille plus en avant du côté de l'angle interne de l'œil; en le retirant on les amoindrira, et par ce moyen l'on sera sûr d'avoir attaqué le cristallin dans tous ces diamètres et de l'avoir rompu en un nombre de fragmens suffisamment tenus pour le faire passer à travers la pupille dans la chambre antérieure, en suivant toujours dans cette manœuvre un mouvement de rotation de haut en bas, et jamais d'arrière en avant. Par de petits mouvemens saccadés, on accroche les lambeaux flottans du cristallin ou de la capsule, et on les jette dans la chambre antérieure. Dans cette espèce de cataracte il est excessivement important que l'opérateur fasse attention, en introduisant l'aiguille, de ne point pénétrer entre la capsule et le cristallin; car il pourrait bien, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois, briser le cristallin sans intéresser la capsule. Il serait à souhaiter que ceux qui ont blâmé la courbure de l'aiguille de Scarpa et son arête tranchante pussent juger de ses effets. En effet, rien n'est plus facile que d'accrocher les fragmens du cristallin avec une aiguille dont la pointe est très courbe et très déliée; au moyen de rotations habilement combinées, on roule les lambeaux flottans de la capsule, et rien n'est plus facile alors que de les immerger dans l'humeur aqueuse. Depuis long-temps j'emploie même une aiguille beaucoup plus courbe que celle du professeur Scarpa, et quelques essais faits avec celle de M. Bretonneau de Tours, dont la courbure est plus considérable encore, m'engagent à l'adopter dorénavant.

Il y a des gens qui blâment dans l'opération de la cataracte par abaissement l'emploi de l'extrait de belladone pour dilater la pupille. A défaut de bonnes raisons, ils avancent des paradoxes, et cependant, si l'expérience du professeur Scarpa et de ses élèves ne répondait pas victorieusement à de pareilles suppositions, le simple raisonnement ne suffirait-il pas pour prouver que, lorsqu'on a un vaste champ à parcourir avec l'aiguille sans crainte d'accrocher l'iris, l'on peut bien plus facilement détruire le cristallin et ses annexes. S'agit-il de faire passer dans la chambre antérieure les fragmens de la lentille opaque; rien n'est plus facile lorsque la dilatation de la pupille laisse à peine une petite arête à franchir. En outre, l'on ne court pas la chance de laisser les fragmens à cheval sur l'iris, où ils déterminent une inflammation dont les moindres conséquences peuvent être une violente inflammation de l'iris, la production de fausses membranes et leur adhérence avec la membrane dont nous venons de parler. D'ailleurs, dans la manœuvre pour briser le cristallin et ses enveloppes, ce corps peut passer en entier dans la chambre antérieure, et l'effort de distension occasioné par ce passage dans le bord libre de l'iris peut produire un iridiospasme, ou une contraction telle de la pupille qu'il faille renoncer à l'espoir de terminer l'opération; le cristallin reste alors dans la chambre antérieure. Souvent sa pression sur la cornée est telle que cette partie de l'œil se sphacèle, et part de toutes pièces comme un verre de montre qui s'échappe de sa rainure. Il n'y a pas long-temps que j'ai observé un cas de cette nature dans un des plus grands hôpitaux de la capitale. Il n'est pas rare de voir le cristallin contracter de nouvelles adhérences dans la chambre antérieure, y vivre sans s'absorber, et devenir un obstacle complet à la vision. J'ai vu un cas de cette nature, et je dois à M. de La Roque, un des médecins les plus distingués de la capitale, la connaissance d'un fait pareil pour lequel on courut, quelques années après, la chance de l'extraction. Le cristallin adhérait à l'iris et à la cornée, les rayons lumineux étaient perçus en partie. L'extraction fut faite par M. Roux; c'est tout dire quant à l'habileté de l'opérateur, mais était-elle raisonnable? L'issue en fut funeste; on devait presque en être sûr d'avance.

Quand la cataracte a contracté des adhérences avec la partie postérieure de l'iris, comment diagnostiquer la forme et l'étendue des attaches anormales qui lient le cristallin à une cloison mouvante sans l'extrait de belladone?

Si la cataracte est tout-à-fait laiteuse, comment continuer l'opération si la pupille n'est pas dilatée? Les mouvemens de l'aiguille doivent nécessairement être excessivement bornés, si l'on ne veut courir la chance d'accrocher le bord libre de l'iris et d'y produire des déchirures. Ainsi, comme je crois l'avoir prouvé, si la dilatation de la pupille par la belladone ou la jusquiame est nécessaire et utile pour l'abaissement de la cataracte solide, l'application de ce médicament est indispensable pour opérer, avec espérance de succès, les cataractes molles et laiteuses. D'ailleurs le narcotisme produit sur l'iris rendra moins douloureux ses rapports avec les fragmens du cristallin et le dos de l'aiguille.

Peut-on, dans tous les cas, faire passer les fragmens dans la chambre antérieure? L'on aurait grand tort de l'affirmer, car l'expérience de tous les jours prouve le contraire. Diverses causes peuvent s'opposer au succès de cette manœuvre, ainsi que, pour l'abaissement en masse, il y a souvent défaut d'équilibre entre la pesanteur spécifique de l'humeur aqueuse et des fragmens du cristallin. Il n'est pas rare de voir les fragmens de la capsule surtout flotter les premiers jours, tantôt dans la chambre antérieure, tantôt dans la chambre postérieure; mais ils finissent par s'imbiber d'humeur aqueuse; alors, devenant plus pesans, ils se précipitent dans les parties les plus déclives des chambres. Plusieurs semaines peuvent quelquefois s'écouler avant que les fragmens du cristallin et de sa capsule se précipitent dans le lieu que nous venons d'indiquer.

Très souvent encore ils forment une masse agglomérée au centre de la pupille, qui ne se débarrasse point; dans ce cas, lorsque tous les phénomènes inflammatoires sont dissipés, il faut porter de nouveau l'aiguille dans l'œil et débarrasser cet amas de fragmens.

Mais quand avant l'opération de la cataracte on a diagnostiqué une ou plusieurs adhérences, il faut alors prendre de très grandes précautions, car l'opération est très difficile, si difficile même, que Richter même la regarde comme excessivement hasardée.

Quant à moi, pourvu que dans le côté externe, dans le lieu d'élection où l'on enfonce l'aiguille de Scarpa, il se trouve un petit point de l'iris libre, je me fais fort de terminer l'opération en suivant les conditions suivantes :

1° Chercher à obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille pour suivre avec exactitude les mouvemens de l'aiguille.

2° Puis, introduisant l'instrument comme dans le procédé ordinaire, je le conduis jusqu'au centre de la pupille; de là, si l'adhérence est du côté du grand angle de l'œil, je pousse l'instrument la pointe en bas, jusqu'au moment où, avoisinant l'adhérence, j'abaisse le manche, élève la pointe, que je pousse légèrement sur la bride que je mets en contact avec l'arête la plus saillante de l'instrument; quelques légers mouvemens de grattement imprimés au crochet suffisent alors pour détacher les adhérences anormales qui lient le cristallin ou sa capsule. Cette manœuvre, plus simple à exécuter qu'à décrire, atteint presque toujours son but; mais quand on attaque le cristallin, si on aperçoit qu'il existe encore des brides, il faut ramener l'instrument au centre de la pupille, et recommencer à à détacher les liens qui s'opposent à la chute du cristallin. Souvent l'on ne peut réussir à faire cette opération. Dans les intéressantes lettres adressées à M. Maunoir de Genève, Scarpa, en analysant les opinions d'Adams, dit que, si les adhérences sont très nombreuses, il ne faut pas tenter de les détruire, mais que, dans ce cas, il faut tenter l'opération de la pupille artificielle. Je crois, malgré mon respect sans bornes pour les opinions de mon illustre maître, que l'on peut, en suivant un procédé qui m'est propre, vaincre la difficulté. Ainsi je me suis convaincu, par diverses tentatives heureuses, que l'on peut, en pratiquant une opération en deux temps, arriver au but proposé. Les deux temps doivent être assez éloignés l'un de l'autre pour que l'opération n'ait à redouter aucun reste d'inflammation produite par la première tentative.

Pourquoi n'adopterait-on pas pour un procédé spécial, et *a priori*, ce que les circonstances forcent à mettre en pratique *a posteriori*, c'est à dire faire une première opération, puis, lorsque l'on a obtenu le résultat désiré par la première tentative, en tenter une seconde.

Voici le procédé que j'ai employé dans des cas très graves et dont l'exécution est très facile.

On introduit dans le point d'élection pour l'abaissement de la cataracte l'aiguille à deux tranchans de Saunders, mais exécutée sur une échelle plus petite; on la pousse jusqu'au point où existent les adhérences, en ayant soin de tenir le tranchant (1) perpendiculaire à l'axe du corps. Aussitôt que l'on est arrivé sur le point où il est nécessaire de faire agir le tranchant, on fait exécuter au manche des mouvemens d'élévation et d'abaissement qui se transmettent au tranchant et lui permettent de détruire les brides. Il est facile de s'apercevoir que l'on a réussi par le changement subit qui s'opère dans la forme de la pupille, forme qui varie à mesure que l'on exécute de nouveaux débridemens. Il faut toujours commencer l'opération vers le grand angle, l'aiguille n'a que la longueur suffisante pour y arriver, et c'est en retirant l'instrument que l'on agit sur les adhérences qui existent à l'angle externe. Il suinte quelquefois une gouttelette de sang, mais pas en quantité suffisante pour gêner l'opération. Aussitôt que celle-ci est terminée, il faut instiller dans les deux yeux quelques gouttes de solution de belladone, afin d'obtenir dans le plus bref délai la plus grande dilatation de la pupille. Il faut ensuite faire pratiquer une large saignée au pied, afin d'empêcher toute congestion vers l'organe.

Si cette opération ne réussissait pas, il resterait la ressource de percer la cataracte dans le centre, et par là procurer un passage aux rayons lumineux. Cette opération, déjà pratiquée par Heister (1) et Bertrandi, a été rendue plus facile par Saunders en indiquant son aiguille tranchante et la voie de la cornée transparente pour parvenir à la cataracte; principes sur lequel il a basé son procédé pour l'opération de la cataracte congéniale.

Quand au moyen de l'opération que j'ai proposée et décrite pour détruire les adhérences, on a débarrassé le cristallin des entraves qui s'opposaient à son abaissement et à sa dilacération, on pratique ensuite l'opération consécutive avec la plus grande facilité. Il est cependant des cristallins glutineux qui ne peuvent être ni abaissés ni réduits en fragmens assez minces pour être jetés dans la chambre antérieure; il faut dans ce cas le briser en autant de pièces que possible, et attendre qu'il soit absorbé sur place; précepte fort ancien, car il appartient à Barbette, qui le publia en 1683 en ces termes : « Licet (dit-il) cataracta non satis intra pupillæ regionem sit depressa, dummodo in particulas sit divisa, perfecta visio intra sex aut octo septimanas sœpissimè redit, licet tota operatio, absque nullo fructu peracta videatur : quod aliquoties experientiâ edoctus loquar. » (2) Barbette d'ailleurs avait été conduit à donner ce conseil, que l'expérience de tant d'oculistes a vérifié, par un fait observé en 1622 par Bannister. Le même phénomène se manifeste sur des fragmens voltigeans ou dans les lambeaux de capsule qui peuvent rester adhérentes à l'iris, à l'uvée, ou au rebord ciliaire.

Je termine en disant que, si dans tout ce que je viens d'avancer on réfléchit aux avantages immenses que fournit l'aiguille de Scarpa pour l'exécution des différens temps opératoires, pour accrocher les fragmens, les porter dans la chambre antérieure, détruire les adhérences et les lambeaux flottans, on se hâtera de revenir à cet instrument, que les chirurgiens italiens adoptent tous, moins par sentiment de nationalité, moins encore par respect pour le grand nom de son inventeur, que par la raison que l'expérience les a convaincus que les diverses modi-

(1) C'est encore à l'habileté de M. Charrière que je dois la précision de cet instrument que, jusqu'alors, j'étais obligé de faire confectionner à Londres.

(1) *Hesteri Institutiones chirurgicæ*, page. 571, tom. Ier; *Bertrandi, Traité des opérations*, p. 280.

(2) *Chirurgia Barbetti, Geneva* 1683, p. 49.

fications que l'on avait voulu y apporter n'étaient qu'illusoires, et même nuisibles.

CARRON DU VILLARDS, D.-M.

MALADIES DE LA PEAU.

De l'emploi des lotions ioduro-sulfureuses dans la melitagra flavescens (dartre croûteuse flavescente).

De toutes les affections dartreuses, celle-ci est une des plus communes. Elle semble choisir de préférence le sexe féminin, ainsi que les observations de M. Alibert tendent à le prouver. En effet, les constitutions lymphatiques, le tempérament scrofuleux, favorisent son apparition; les jeunes filles chez lesquelles le système cellulaire prédomine, et dont les formes sont lourdes, se trouvent spécialement affectées de cette maladie. C'est ordinairement au printemps et en automne qu'elle se manifeste. Mais qu'on ne conclue point de ce fait que les pays chauds y prédisposent; car il est bien reconnu que la mélitagre est assez rare dans le midi de la France, et si on l'observe spécialement dans le nord pendant la saison printannière, c'est que le vice dartreux existant préalablement dans les constitutions lymphatiques, il s'opère une sorte de fermentation dans les liquides, comme le dit M. Alibert, et une impulsion centrifuge manifeste. La nature entière ressent les effets de cette influence, et personne, je pense, ne voudrait le nier, car chaque être en reçoit une impulsion propre. Or, les constitutions sèches et bilieuses des pays chauds engendreront des fièvres bilieuses, inflammatoires, des érysipèles plus ou moins graves, et parcourront plus ou moins franchement leurs périodes; tandis que les habitans du nord, nourris de sucs lymphatiques, produiront des mélitagres, des fièvres muqueuses, des embarras saburraux, des engorgemens strumeux, etc.

Il est donc bien vrai de dire que non-seulement les sujets d'un tempérament lymphatique sont plus spécialement affectés de mélitagre, mais même que l'influence des pays chauds, en détruisant pour ainsi dire cette manière d'être de l'économie, élimine la prédisposition mélitagreuse. En joignant à ces considérations la certitude de la puissante action de l'iode sur les ulcérations scrofuleuses, il nous parut naturel d'attendre des bons effets de cette substance pour une maladie qui, comme la mélitagre, existe si fréquemment chez des individus qui sont le plus ordinairement ou lymphatiques ou manifestement scrofuleux. D'ailleurs, on connaissait déjà l'action de l'iode sur les maladies dartreuses, et l'iodure de soufre en particulier avait produit les plus heureux effets sur *l'herpes furfuraceus*. Mais comment employer ce médicament? D'une part il n'est point soluble, et de l'autre incorporé dans un corps gras, il devait faire fluer bien davantage encore la mélitagre. Nous avons même constaté, mon collègue et ami, M. Duchesne et moi, qu'il suffisait d'oindre d'huile la base mélitagreuse pour faire reparaître le flux melliforme, et voir ainsi revenir la maladie dans son premier état. Je n'avais donc rien à attendre de l'iodure de soufre que je n'eusse pu mettre en usage qu'en l'incorporant dans de l'axonge, j'employais donc les solutions iodurées suivantes :

Solution iodurée.

Prenez :	Iode.	3 dragmes
»	Iodure de potassium. . .	4 id.
»	Eau distillée.	3 onces.

Triturez dans un mortier d'agate l'iode et l'iodure, et ajoutez par parties l'eau distillée. L'iodure de potassium décompose l'eau, et l'on a, en dernier résultat, de l'hydriodate de potasse, plus de l'iode. J'omets à dessein de parler de la petite quantité d'acide hydriodique et iodique qui se forme, pour ne pas embarrasser nos théories.

Solution sulfureuse.

Prenez :	Sulfure de potasse. . . .	4 onces.
»	Eau distillée	demi-livre.

On sait que le sulfate de potasse se transforme, par sa dissolution, en hydrosulfate sulfuré de potasse.

Maintenant, si l'on mélange ces deux solutions, il s'opère encore une troisième transformation chimique. D'un côté, nous avons de l'hydriodate de potasse, plus de l'iode; de l'autre, de l'hydro-sulfate de potasse, plus du soufre. Eh bien! l'hydro-sulfate de potasse se trouve décomposé, l'hydrogène de l'acide se porte sur l'iode pour former de l'acide hydriodique, lequel s'empare de la potasse, et augmente ainsi la quantité d'hydriodate de potasse déjà existante; après quoi le soufre est mis à nu et tenu en suspension dans le liquide. En effet, aussitôt après le mélange, la liqueur se colore en jaune serin, et si l'on filtre, ainsi que je l'ai fait, le soufre qui en résulte présente tous ses caractères distinctifs.

C'est en 1830 que je commençai mes observations sur l'effet de ces solutions. D'abord, tâtonnant sur la dose, j'en ai fixé ensuite la quantité à : 1° un gros, c'est-à-dire environ une cuillerée à café de solution iodurée; 2° une demi-once de solution sulfureuse, c'est-à-dire à peu près une cuillerée à bouche; le tout dans une cuvette d'eau tiède ou d'eau froide, suivant l'indication.

Toutefois, les lotions ioduro-sulfureuses ne sont pas et ne peuvent être une panacée. Lorsque la mélitagre est à son début, qu'elle suscite même un mouvement fébrile, que le tissu muqueux de la peau est turgescent et enflammé, on ne saurait, sans inconvénient, le mettre en usage. Néanmoins cet état inflammatoire n'est qu'éphémère; lorsque la fièvre n'est pas survenue ou qu'elle est dissipée, que les digestions sont rétablies, le plus ou moins de rougeur des plaques mélitagreuses ne doit point arrêter; les lotions ioduro-sulfureuses seront utiles : elles l'ont déjà été tant de fois!

L'action des lotions ioduro-sulfureuses est toute spéciale. On est tenté de croire, en en observant fidèlement les effets, qu'elles attaquent directement le principe mélitagreux; car voici ce qui se passe. Une fois les lotions mises en usage, la peau se dépouille des croûtes qui la recouvraient, et l'exsudation mélitagreuse qui tendait sans cesse à les reproduire s'arrête; le suc mélitagreux est tari, et ne se fraie plus une route dans les crevasses épidermiques. Mais l'épiderme, endommagé dans ses unions avec les parties sous-jacentes, se résout en squamules; il paraîtrait que l'inflammation spécifique des couches vasculaires de la peau ayant ainsi vicié cet épi-

derme, il est besoin qu'il soit renouvelé; ce qui ne peut s'effectuer tant que le tissu muqueux demeure sous une influence morbide; mais les lotions ioduro-sulfureuses assoupissant, puis détruisant tout-à-fait ce travail phlegmasique, la nature redouble d'efforts; un nouvel épiderme doux et solide se forme, et la peau reprend ainsi toutes ses propriétés physiologiques. L'action des lotions ioduro-sulfureuses sur cet état phlegmasique mélitagreux est fort remarquable; parfois toute la surface dartreuse pâlit et s'efface par degrés; d'autres fois, c'est le centre d'une plaque mélitagreuse qui blanchit, ou bien encore la circonférence qui s'éteint à mesure.

Pour constater mieux encore l'effet thérapeutique des lotions ioduro-sulfureuses, j'ai fait des observations comparatives. Ainsi, des malades ont été mis à l'usage de ces lotions, tandis qu'en même temps d'autres se servaient de lotions émollientes ou sulfureuses; constamment les premières ont prévalu. Chez quelques malades même, elles ont été suspendues pour reprendre les lotions émollientes. Chose notable, le flux mélitagreux a reparu. M. Alibert a d'ailleurs donné ces observations dans sa *Monographie des dermatoses*. Enfin la longueur du traitement varie; quelquefois la mélitagre disparaît, comme par enchantement, en quelques jours; souvent elle exige trois semaines, un mois; plus rarement un temps plus long.

Enfin, les lotions ioduro-sulfureuses me paraissent être un puissant moyen contre cette maladie. M. le baron Alibert en a reconnu les bons effets et les met en usage. MM. les docteurs Girou, Duchesne et Lemasson, anciens internes des hôpitaux de Paris, n'emploient pas d'autres moyens et s'en applaudissent journellement. M. Duchesne pourrait même produire à ce sujet plusieurs observations intéressantes. Nous avons en ce moment sous les yeux une jeune fille qui, après avoir subi un traitement infructueux de trois mois, vient d'obtenir sa guérison par les lotions dont nous parlons.

A. Dauvergne.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'emploi pharmacologique de la racine de ratanhia.

La racine de ratanhia est un de ces médicamens dont la médecine moderne a su tirer une grande ressource, et les praticiens le considèrent avec raison comme celui de tous les astringens qui réussit le plus souvent, administré à l'intérieur. Il est important, pour en obtenir tous les résultats que l'on doit en espérer, de régler son emploi d'une manière convenable, et la note que je publie en ce moment pourra être de quelque utilité sous ce rapport.

Vogel, Gemelin, Peschier et Trommsdorf se sont occupés de l'examen de cette racine, et si quelques points de son analyse n'ont pas été suffisamment éclaircis pour la science même, nous pouvons dire que son histoire chimique médicale est suffisamment approfondie. La racine de ratanhia contient du tannin dans ses trois états, 1° pur, et alors tout-à-fait incolore et possédant toutes les propriétés qui lui sont propres; 2° à l'état d'apothème; c'est une matière insoluble dans l'eau résultant de l'altération du tannin au contact de l'air; ainsi transformé, il a perdu et sa solubilité et son astringence. 3° à l'état extractif; c'est la combinaison soluble du tannin pur, avec son apothème, c'est le composé qui donne aux liqueurs de ratanhia la couleur rouge-brune qui leur est caractéristique. Le ratanhia contient encore une faible proportion de gomme, un peu de fécule amylacée, une petite quantité de matière sucrée et un acide mal déterminé.

La racine de ratanhia est le plus ordinairement employée en liqueur aqueuse ou en extrait; chacune de ces formes pouvant être modifiée à volonté par le médecin et pour la commodité de l'emploi.

L'eau agissant sur la racine de ratanhia donne des résultats différens suivant la température à laquelle on opère. On est dans l'usage d'employer la décoction de ratanhia; on obtient alors une liqueur d'un rouge foncé, d'une saveur astringente qui se trouble plus ou moins par le refroidissement. L'infusion donne une liqueur beaucoup moins colorée. Sa teinte est un jaune rougeâtre, et, à n'en juger que par l'apparence, son efficacité devrait être inférieure à celle de la décoction; mais en goûtant comparativement les deux liqueurs, on revient bientôt à des idées plus justes. L'infusion, malgré la faiblesse comparative de sa teinte, a une saveur astringente qui surpasse de beaucoup celle de la décoction, et pour qui demande une action énergique, le choix ne peut rester douteux un seul instant. La théorie aurait du faire prévoir ce résultat du moment où l'analyse avait éclairé la composition de la racine de ratanhia et cependant tous les jours nous voyons prescrire la décoction de préférence. Quand la racine de ratanhia est mise en contact avec l'eau tiède, celle ci la pénètre et dissout toute la partie de tannin soluble, la gomme et la matière sucrée; mais si l'action se prolonge, les tégumens de la fécule sont déchirés et la matière soluble entre en combinaison avec le tannin et se dissout; sous la même influence, le tannin soluble se sature en quelque sorte de son apothème et une nouvelle quantité de celui-ci se forme encore par l'action oxidante à l'air atmosphérique. La liqueur est foncée et cependant moins chargée de matière active; d'une part parce que les effets du tannin diminuent par son union avec la matière insoluble et avec l'amidon, et d'autre part parce que la fibre végétale s'en sature et contribue à en enlever une partie à la solution aqueuse. La liqueur se trouble en refroidissant par la précipitation d'une partie de l'apothème et par la séparation du tannate d'amidon, qui n'est soluble dans l'eau qu'à une chaleur qui dépasse 50° degrés thermométriques.

Le codex prescrit de préparer l'extrait de ratanhia en épuisant la racine par de l'alcool à 22° et en évaporant les teintures pour séparer le véhicule. En cherchant à se rendre compte du choix que le codex a fait de l'alcool pour la préparation de l'extrait, on est conduit à penser que c'est dans le but de diminuer les chances d'altération du tannin, l'évaporation ayant lieu alors en grande partie dans des vases fermés et à une chaleur faible. Mais nous allons avoir ici une preuve de l'inconvénient qu'il y a à appliquer les principes théoriques les mieux fondés quand on n'a pas confirmé leur emploi par l'examen spécial de la circonstance à laquelle ils doivent être appliqués.

J'ai préparé avec la même racine de ratanhia quatre extraits différens, l'un par décoction dans l'eau, l'autre par infusion, le troisième avec de l'alcool à 22°, le quatrième avec de l'alcool à 33°. J'ai

répété ces essais avec des racines différentes et voici les résultats généraux auxquels je suis parvenu. L'alcool à 33° et l'alcool à 22° fournissent la plus forte proportion d'extrait. La décoction en fournit beaucoup moins, l'infusion beaucoup moins encore; mais si on ne compare plus la quantité absolue d'extrait, mais la valeur médicale de chacun d'eux, les résultats sont tout différens. L'extrait par infusion contient jusqu'à 90 p. 100 de matière soluble; l'extrait par décoction laisse environ 40 p. 100 de matière insoluble. Dans l'extrait alcoolique fait avec l'alcool 33° y a de 60 à 75 p. 100 d'extrait soluble et toujours une proportion un peu plus forte de matière insoluble de l'extrait fourni par l'alcool à 22°.

Dans l'extrait par l'alcool à 33° se trouvent toutes les matières contenues dans la racine, sauf une faible proportion de substance gommeuse et l'amidon; l'évaporation se fait tout entière en vase clos; le tannin ne s'altère pas et l'extrait représente tout le tannin pur qui était primitivement contenu dans la racine. L'alcool à 33° est réellement le véhicule qui fournit la plus forte proportion de tannin, mais elle le fournit mêlé à toute la quantité d'apothème insoluble dans l'eau, et soluble dans l'alcool que la racine contient naturellement.

L'extrait obtenu par l'alcool à 22° est tout-à-fait comparable à l'extrait précédent, seulement la faible quantité de matière gommeuse en racine s'y retrouve. Il est à remarquer que la proportion des principes solubles s'y trouve toujours un peu diminuée, et l'explication se trouve naturellement dans la nouvelle quantité qui s'en est formée pendant l'évaporation, au contact de l'air, une fois que l'alcool a été retiré par la distillation.

La décoction a fait perdre beaucoup de tannin. Plusieurs circonstances étaient réunies qui devaient le faire disparaître; l'amidon qui en entraîne une partie, la fibre elle-même qui s'en teint et s'en sature, l'effet plus prolongé de l'air et de la chaleur qui concourt à augmenter la quantité d'apothème. La matière insoluble est ici un mélange de deux corps différens; l'apothème qui peut être enlevé par l'alcool, et le composé de tannin et d'amidon qui refuse à s'y dissoudre. Toutefois ce dernier ne constitue que la plus faible portion du précipité.

Quant à l'extrait par infusion, c'est le plus riche en matière soluble, l'eau n'a entraîné que des substances qui pouvaient rester à dissolution et qui devaient se redissoudre de nouveau après la préparation de l'extrait. On n'arrive pas cependant à obtenir un extrait complétement soluble parce qu'on ne peut éviter l'action de l'oxigène de l'air pendant la concentration.

Il résulte de ce qui précède que dans l'emploi médical on doit, contrairement à ce qu'a fait le codex, donner la préférence à l'extrait aqueux de ratanhia préparé par infusion; que pour le même poids il contient une bien plus forte proportion de matière active. Je ferai observer toutefois que les quantités relatives de matière soluble et de matière insoluble, contenues dans un extrait de ratanhia, sont nécessairement chose variable; que chaque racine en fournit des quantités différentes; que les circonstances particulières d'une évaporation, même bien conduite peuvent encore les faire varier; ce sont ces considérations qui m'ont fait considérer comme inutile de rapporter les nombres exacts obtenus dans chaque expérience. Les résultats généraux sont constans, et c'est à eux seuls qu'il est nécessaire de s'arrêter. En terminant, je ferai remarquer aux praticiens que le codex ayant prescrit l'emploi de l'alcool à 22°, pour la préparation de l'extrait de ratanhia, c'est l'extrait du codex qui leur sera délivré toutes les fois qu'ils ne spécifieront pas l'espèce particulière qu'ils sont dans l'intention d'administrer. Le pharmacien ne peut pas remplacer un médicament par un autre, je dirai même une mauvaise préparation par une bonne, sans le consentement du médecin qui compte sur un certain effet et règle ses formules en conséquence; mais, à son tour, le médecin n'a pas le droit d'exiger une préparation efficace quand le procédé du codex ne conduit pas à ce résultat et quand il n'a pas exprimé d'une manière formelle l'intention d'user d'une autre formule. Le codex est le point de convention pour les uns et pour les autres, et le médecin qui veut une préparation autre que celle du codex doit le préciser avec soin. SOUBEIRAN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

L'inoculation du virus vaccin peut produire quelquefois la varioloïde.

La vaccine ayant été regardée par vous comme appartenant à la thérapeutique, je me plais à croire que vous accueillerez avec plaisir les observations présentés qui s'y rattachent; elles sont de nature à fixer l'attention de nos confrères.

Des médecins très-recommandables disent qu'on n'a jamais observé d'affection consécutive à la vaccine, et M. Bousquet affirme, dans votre excellent journal, que le virus vaccin ne saurait communiquer que la vaccine, la vaccine toute seule, sans complication, sans mélange d'aucune espèce, ni bon, ni mauvais.

Les observations que je viens de faire avec mon collègue, M. Lefort, sont une preuve évidente qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que le virus vaccin peut produire sur le même sujet la vaccine avec toutes ses prérogatives, et une varioloïde, néanmoins sans gravité. Voici les faits :

M. le docteur M****, médecin à Bordeaux, vaccina son petit-fils au mois de mai dernier; cet enfant fut ensuite conduit à la campagne, où la vaccine suivit sa marche ordinaire sans interruption, avec tous les symptômes que produit le véritable virus vaccin, ainsi que j'ai été à même de m'en assurer en visitant presque tous les jours le vacciné. Un médecin du Médoc prit du vaccin sur cet enfant, et l'inocula à plusieurs autres. Chez tous la vaccine parcourut ses périodes ordinaires jusqu'au neuvième jour. A cette époque, la fièvre vaccinale survint; elle dura trois jours chez les uns, quatre chez les autres, et fut très-forte chez tous.

Après la cessation de la fièvre, la varioloïde se montra sur tous les vaccinés, les uns l'eurent discrète, les autres confluente; mais la terminaison ne fut funeste pour aucun.

Les vaccinateurs de cette contrée, n'ayant tenu aucun compte de cette particularité, ont continué à vacciner, et, sans exagération, on peut compter aujourd'hui plus de soixante individus qui ont eu ou qui ont encore la variolide, qui s'est constamment montrée à la suite de la fièvre vaccinale.

Si ces médecins ont tenu cette conduite, il faut présumer qu'ils préféreraient produire la varioloïde qui est une affection peu grave, et prévenir la petite

vérole, qui l'est beaucoup. Mais le développement de cette maladie chez les vaccinés a produit sur le peuple de ce pays un effet peu favorable à la propagation de la vaccine, parce que ces gens-là confondent cette légère maladie avec la petite vérole, bien que les vaccinés, qui font le sujet de cet e observation, n'offrent aucune des traces que laisse après elle cette affreuse maladie.

En vous signalant ces faits, monsieur le rédacteur, mon intention n'est point de chercher à discréditer une des utiles découvertes qui aient illustré le siècle que nous parcourons, et dont la médecine doit s'honorer comme d'un des monumens qui perpétueront sa gloire. Je ne les porte à votre connaissance que comme propre à fixer l'attention de mes confrères, et je ne les considère que comme une anomalie qui ne peut diminuer en rien la spécificité du virus vaccin.

J. Ferrier,
Chirurgien du lazaret de Trompeloup (Gironde).

SUR LA PRÉPARATION DES LAVEMENS AMYLACÉS.

Voici un fait qu'il est, je crois, important de signaler aux praticiens. Il leur indiquera la nécessité de faire bouillir l'amidon, lorsqu'ils voulaient l'administrer à haute dose en lavement. L'oubli de cette précaution peut, comme on le verra, determiner la formation d'espèces de calculs intestinaux qui pourraient à la longue amener des accidens.

La mère d'un élève en médecine, à laquelle je donne des soins depuis quelques mois, pour une affection très-grave de l'utérus, était à l'usage des narcotiques que je lui faisais donner en lavemens dans une décoction de guimauve très-grasse, pour que l'intestin put le conserver. Un jour, la malade s'affaiblissait et maigrissait beaucoup; je pensai soutenir ses forces par des lavemens dits alimentaires, j'ordonnai donc de remplacer l'eau de guimauve par une décoction d'amidon, assez épaisse pour qu'elle fût un peu visqueuse; la domestique de cette dame ne fit point bouillir l'amidon. Après l'avoir dissout, elle se contenta d'y ajouter la préparation narcotique indiquée. Madame G.... avait déjà pris 4 ou 5 lavemens de cette sorte, quand, le 9 juin dernier, elle fut prise de coliques vives qui devinrent bientôt des tranchées, avec des besoins et des efforts multipliés pour aller à la garde-robe. Après des douleurs inouïes que la malade compare aux plus fortes douleurs pour accoucher, elle rendit deux boulettes qu'on négligea d'examiner. Après quelques heures les coliques se renouvelèrent avec une nouvelle intensité. et la malade rendit encore deux autres boulettes, qu'elle fit mettre de côté pour qu'elles me fussent présentées : elles étaient rondes et avait 18 ou 20 lignes dans leur plus petit diamètre; leur dureté était considérable; l'intérieur présentait une matière grasse, sans mélange d'aucunes matières fécales; elles n'étaient point solubles dans l'eau, et prirent par la conservation une odeur aigre assez forte. Soumises à l'examen de M. Caventou, cet habile chimiste reconnut une odeur de mie de pain, en faisant bruler la substance sur une plaque chaude. Traitée ensuite par l'iode, une autre portion de cette matière donna une magnifique couleur blene, caractère qui ne permet point de douter que ces boulettes étaient entièrement composées d'amidon.

On a continué depuis, chez la malade, l'usage de l'amidon bouilli en lavemens, et l'accident ne s'est pas renouvelé.

Tanchou. D.-M. P.

Hernie inguinale étranglée guérie par l'application de l'extrait de belladone.

L'efficacité des applications de l'extrait de belladone, pour faciliter la réduction des hernies étranglées, est une question de pratique trop importante pour que tout médecin qui possède quelque document sur ce sujet ne doive s'empresser de le porter à la connaissance de ses confrères. C'est pour remplir ce devoir que je m'empresse, monsieur le rédacteur, de vous communiquer le fait curieux suivant.

Le 8 juillet 1833, je fus appelé, à huit heures du soir, auprès de Pierre Vivier, domestique, âgé de 25 ans, qui, depuis le matin, éprouvait des douleurs atroces dans le ventre, accompagnées de vomissemens. Je reconnus que ces accidens tenaient à une hernie inguinale étranglée du côté droit. Je tentai en vain d'en opérer la réduction. Je pratiquai alors une saignée de deux livres, je fis appliquer 30 sangsues sur la tumeur, et je fis placer le malade dans un bain tiède où il ne put rester que deux heures. Dans la nuit je revins voir le malade, il n'y avait aucune amélioration. Le lendemain la figure était grippée, les douleurs atroces, les vomissemens continus; la tumeur était dure, douloureuse, plus considérable; le malade tombait souvent en syncope. Je proposai à la famille et au malade l'opération. Elle fut rejetée opiniâtrement. Je considérai dès lors la mort comme inévitable. Cependant m'étant souvenu que l'extrait de belladone était quelquefois parvenu à faciliter la réduction des hernies, je fis recouvrir la tumeur d'un gros de cette substance, qui fut renouvelée six heures après (c'était le matin que le médicament fut commencé). La journée et la nuit qui suivirent se passèrent dans une agitation extrême; au commencement du troisième jour, lorsque je vis le malade, son état me parut désespéré; je trouvai, il est vrai, la tumeur moins dure, mais je rapportai cet état à la gangrène de l'intestin : néanmoins, je fis continuer les applications de belladone à la dose d'un gros toutes les six heures.

Quel fut mon étonnement quand on vint m'annoncer à sept heures du soir que mon malade était guéri; que la hernie était rentrée, qu'il était allé cinq ou six fois à la garde-robe, et que ses vomissemens et ses angoisses avaient disparu. Je vis le sujet, ce que l'on m'avait dit était exact.

Ce fait important doit être connu; il est heureux pour mon malade; mais il peut l'être aussi pour l'humanité s'il porte à employer l'extrait de belladone dans des cas pareils, et si ce médicament a le même succès entre les mains de mes confrères que dans les miennes.

Recevez, etc. J. Neulier,
Médecin à Luçon (Vendée).

Cérat de laurier-Cérise.

M. Roturier, docteur-médecin, a employé avec succès, pour calmer les douleurs de certaines plaies,

un cérat composé d'après la formule suivante ; elle est, selon lui, une modification avantageuse de celle qui nous a été communiquée par M. Roux de Brignoles, et qui a été insérée dans ce journal.

Prenez: Huile d'amandes amères convenablement extraite. . . . . 16 parties.
Cire blanche. 4
Eau de laurier-cerise. 12
Mêlez.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations générales sur les indications curatives.

Dans toutes les sciences pratiques, il y a trois choses également importantes à considérer : le sujet, les moyens et l'application des moyens au sujet.

Telle est la médecine.

L'anatomie, la physiologie et la pathologie font connaître le sujet, qui est l'homme ; la diététique, la matière médicale et la chirurgie s'occupent des moyens ou des procédés. Placées entre le sujet et les moyens, l'hygiène et la thérapeutique en forment le lien ; elles sont l'ame, la vie de la médecine.

En effet, ôtez à la médecine l'hygiène et la thérapeutique, vous n'avez plus qu'une science spéculative, à la vérité fort intéressante : rendez-lui l'hygiène et la thérapeutique, vous en faites une science éminemment pratique, aussi chère aux individus qu'à la société.

En ce qu'elle a de spéculatif, la médecine est une science ; en ce qu'elle a de pratique, elle est un art. On peut avoir des connaissances très-étendues dans la science, sans savoir traiter une maladie, comme on peut être un très-grand botaniste sans connaître le nom d'une seule plante. L'inverse n'est pas aussi vrai : et cependant il est des médecins qui ne sont rien moins que savans, et qui passent pour des praticiens heureux ; mais ils ne sont, pour la plupart, que des routiniers dont tout le talent se borne à imiter ce qu'ils ont vu faire. Le véritable médecin est celui qui réunit les connaissances que donne la science à l'habileté que procure l'exercice de l'art.

L'hygiène et la thérapeutique appartiennent essentiellement à l'art : de ces deux grandes divisions, nous ne devons nous occuper ici que de la dernière.

Qu'est-ce que la thérapeutique ? nous venons de le dire. Quel en est l'objet ? c'est la maladie ou les maladies. Quel en est le but ? le traitement des maladies.

Pour traiter une maladie, il faut d'abord la bien connaître dans toutes ses parties : c'est à la pathologie à nous donner cette connaissance. La thérapeutique la suppose. Pour elle, le traitement d'une maladie se compose : 1° des indications ; 2° des règles ou des méthodes ; 3° des moyens ou des procédés.

On voit, par ce peu de mots, que la thérapeutique n'est pas la matière médicale. Celle-ci fournit les moyens, celle-là les applique.

Cette application repose essentiellement sur les indications curatives. Galien a défini l'indication : *agendi insinuatio*. Cette définition est incomplète. L'indication n'est pas seulement la résolution d'agir ; c'est encore l'appréciation, la détermination du changement qu'il convient d'introduire dans un corps malade, pour le rendre à la santé : ce changement n'est autre chose que la médication des modernes, phénomène fort compliqué, dont nous parlerons en son lieu.

L'indication est donc une opération mentale : c'est le jugement que porte le médecin sur le choix de la médication.

Il y a deux classes d'indications, les unes rationnelles : ce sont celles que le raisonnement seul peut découvrir ; les autres expérimentales : ce sont celles que le raisonnement, sans l'expérience, n'eût jamais trouvées.

L'indication rationnelle est ordinairement claire, évidente, facile à saisir. Elle repose sur la connaissance exacte de la nature des maladies. Les exemples en sont nombreux en chirurgie. Supposez une solution de continuité des parties molles, des os, des gros vaisseaux, n'importe : il n'est pas besoin de chercher bien long-temps pour voir qu'il faut réunir ce qui est divisé. Supposez que deux surfaces articulaires ont cessé de se répondre, que la tête du fémur, par exemple, a quitté la cavité cotiloïde, ou bien encore admettez qu'un viscère contenu dans le bas-ventre en est sorti à travers l'une des ouvertures de cette cavité : à la seule inspection des parties, on juge qu'il faut remettre en place les parties déplacées ; enfin, et ce sera mon dernier exemple, supposez un homme atteint de cataracte, le plus simple bon sens ne dit-il pas que, pour lui rendre la vue, il faut rendre au crystallin la transparence qu'il a perdue, si on le peut ; et si on ne le peut pas, qu'il faut l'extraire ou tout au moins le détourner de manière à ce qu'il ne porte plus obstacle au passage des rayons lumineux.

On dira peut-être que les moyens propres à remplir ces diverses indications varient. On ne réunit pas une fracture comme on réunit une plaie simple ; on ne réduit pas une hernie par les mêmes procédés qu'une luxation. Cela est vrai ; mais je prie le lecteur de réfléchir qu'on ne parle ici que des indications curatives, et je suis bien loin d'avancer que la même indication n'admette pas plusieurs moyens.

Celles dont nous venons de parler sont si évidentes, elles se présentent si naturellement, que si la thérapeutique n'en avait pas d'autres, elle serait la plus facile et la plus sûre des sciences ; mais il est à remarquer qu'elles appartiennent toutes à des maladies de même nature, à des lésions physiques ou mécaniques. Or, ces maladies forment une classe à part dans le cadre nosologique. Les causes qui les produisent agissent absolument comme elles feraient sur les corps bruts ; elles n'intéressent de nos organes que la forme ou la position ; la vie y reste si complétement étrangère, qu'on peut les imiter sur le cadavre ; les principaux symptômes se déduisent des notions les plus communes de la physique ; enfin on sait positivement en quoi elles consistent, c'est-à-dire ce qui les constitue et les fait ce qu'elles sont.

Malheureusement tout n'est pas physique dans les corps vivans, ou si tout s'y fait selon les lois de la physique, il faut admettre deux physiques bien distinctes : l'une qui leur est commune avec tous les corps de la nature ; l'autre qui leur est propre, ce qui revient à dire qu'ils ont des fonctions, des attributs particuliers qui les caractérisent et les distinguent. Et remarquez attentivement que ces attributs

sont précisément ce qu'il y a en eux de plus important, puisque la vie en dépend.

Si donc la vie n'est que le produit, le résultat de l'organisation, comme il y a tout lieu de le croire, il est certain au moins que ce qu'on connaît en ce moment de la cause ne saurait rendre compte de l'effet. Elle l'expliquera plus tard, je veux bien le croire; mais en attendant cet heureux jour, force est bien d'étudier en eux-mêmes des effets qu'on ne peut étudier dans leur source.

Il en est de même des maladies autres que les lésions physiques dont nous parlions tout-à-l'heure. L'obscurité dont elles sont environnées les a fait désigner par les nosographes sous les noms particuliers de maladies organiques et vitales : dénominations vicieuses, je l'accorde ; transitoires, je l'espère ; mais dénominations utiles, puisqu'elles consacrent de grandes vérités et qu'elles sont d'ailleurs appropriées à l'état actuel de la science.

A la différence des lésions physiques, tout est obscur dans les maladies organiques et vitales. L'esprit le plus pénétrant ne saurait saisir ni la manière d'agir des causes qui les produisent, ni les lésions qui les constituent, ni la raison des symptômes qui les manifestent. Où est le médecin qui pourrait dire en quoi consistent le cancer, les scrophules, la goutte, le rhumatisme, les dartres, etc.? Sait-on seulement ce qui se passe dans un organe enflammé et comment se produit la suppuration, de tous les signes de l'inflammation, le moins équivoque, à notre avis?

C'est cette obscurité, c'est l'ignorance où nous laisse la pathologie sur la nature de ces maladies qui fait qu'il nous est impossible de signaler à l'avance, d'indiquer *à priori*, la médication propre à les dissiper. Cette observation n'a pas échappé à M. Richerand, j'invite le lecteur à revoir les prolégomènes qu'il a placés en tête de la dernière édition de la Nosographie chirurgicale; ils sont pleins d'aperçus fins et ingénieux. Il a particulièrement bien vu l'immense différence qui, sous le rapport des indications, sépare les lésions physiques des maladies organiques ou vitales. Là, dit-il, le raisonnement précède l'expérience, ici au contraire il la suit.

Et en effet, là où le raisonnement est en défaut, l'expérience est le premier et le seul guide du médecin. L'utilité de telle ou telle médication une fois acquise, toutes les fois que la pathologie reconnaît la maladie, la thérapeutique proclame l'indication et se met en devoir de la remplir; vient ensuite le raisonnement.

Les lésions physiques composent le domaine de la chirurgie, aussi la plupart de ses indications sont-elles rationnelles. Cet avantage, joint à l'inutilité pour la vie des organes sur lesquels elle opère, explique ses succès et ses progrès.

La médecine a pris pour elle les maladies organiques et vitales; aussi presque toutes ses indications sont-elles purement expérimentales. Ce désavantage, joint à l'importance des organes sur lesquels elle agit, explique l'incertitude de ses méthodes et la lenteur de ses progrès.

Le chirurgien apprend de la théorie ce qu'il faut faire, le médecin ne trouve les règles de sa conduite que dans l'expérience; le premier sait pourquoi il agit et comment il agit; le second sait seulement pourquoi il agit. C'est ainsi que, dans une autre matière, on ne comprend pas toujours ce qu'il faut croire, mais on a pour croire plus de raisons que pour ne pas croire.

Après ces considérations préliminaires sur les indications en général, je passerai, dans le prochain numéro, aux sujets ou aux sources d'indications.

BOUSQUET.

Des pneumonies et des rougeoles régnantes à Paris.

Quoique, suivant le génie ordinaire du mouvement pathologique annuel de la capitale, la saison de l'été soit l'époque où les maladies sont et les moins nombreuses et les moins graves, cependant nous observons en ce moment deux affections dominantes qui ne laissent pas d'avoir une certaine généralité, et qui d'ailleurs ne sont pas exemptes de gravité : ces deux affections sont la pneumonie et la rougeole. Quelques varioles, des affections catarrhles sporadiques, restes de la constitution médicale des mois derniers, se remarquent aussi. Mais elles ne sont pas dominantes, et ne présentent pas par conséquent le plus d'intérêt.

Les pneumonies attaquent les adultes; les rougeoles, au contraire, affectent de préférence les enfans. Quelquefois cependant la rougeole se complique avec la pneumonie, de manière à rendre très-difficile la guérison de l'une et de l'autre. Nous avons vu quelques cas de ce genre, qui heureusement sont plus rares que les exemples de pneumonie et de rougeole isolées.

La pneumonie qui règne actuellement ne présente pas les phénomènes d'une inflammation très-violente. Les malades n'offrent pas la face rouge et animée, la chaleur brûlante de la peau, la douleur fixe, vive et circonscrite dans un point de l'organe pulmonaire, qui sont le cortége accoutumé des pneumonies de l'hiver, et généralement des temps froids de l'année. Celles-ci offrent des symptômes plus paisibles; elles participent d'une affection bilieuse manifeste, et présentent les traits principaux de ces pneumonies signalées par Stoll et Finke, sous le nom de pneumonie bilieuse. La douleur pectorale occupe d'abord le côté droit exclusivement et non le côté gauche; elle est large, étendue à tout ce côté, elle est plus superficielle que de coutume, et n'est pas aussi poignante que dans la plupart des pleuro-pneumonies. Du reste, le râle sous-crépitant, l'imperméabilité plus ou moins complète des cellules pulmonaires, dénotent l'existence d'une véritable pneumonie. En outre, la face est jaunâtre, la fièvre éprouve des exacerbations régulières tous les après-midi, enfin les malades ont des nausées et des vomissemens spontanés ou le ventre relâché au moins, si même ils n'ont pas la diarrhée. Il n'est pas possible de se méprendre à l'ensemble de ces traits pathologiques; ce sont de véritables pneumonies bilieuses. Nous avons constaté l'exactitude de ce tableau, en ville, sur un assez grand nombre de malades, et dans les hôpitaux, notamment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bally.

Le traitement de ces pneumonies s'accorde en tous points avec l'idée que nous avons essayé de donner de leur nature. Les saignées répétées, qui réussissent si souvent dans les pneumonies de l'hiver, par exemple, échouent dans celles-ci. Après une ou deux saignées au plus, les émissions sanguines augmentent l'embarras de la respiration, ajoutent à l'anxiété des malades, prolongent et accroissent la maladie. Ce n'est pas à dire qu'il faille absolument supprimer les émissions sanguines : mais elles doivent être et moins copieuses et moins

fréquentes. De plus, il est indispensable d'y joindre un autre traitement, quand la nature ne supplée pas à cet égard l'intervention de l'art. Voici la méthode de traitement qui est suivie avec succès dans ces pneumonies.

Au début, une saignée de huit à dix onces suffit pour l'ordinaire; après le dégorgement qu'elle amène, des vomissemens spontanés surviennent très-souvent, et achèvent de dégorger la poitrine. Lorsque la nature ne se suffit pas à elle-même, il convient de la seconder, en administrant le jour même de la saignée, ou au plus tard le lendemain, deux ou trois grains de tartre stibié comme vomitif. Les vomissemens sont ordinairement prompts, abondans et faciles. Dans tous les cas, ils sont suivis instantanément d'un soulagement très-marqué. A leur suite, le dévoiement s'arrête, pour l'ordinaire, en même temps que la pneumonie marche rapidement vers une heureuse solution. La boisson ordinaire des malades est la limonade, malgré la toux et l'expectoration sanguinolente. Les émolliens et les narcotiques ne leur conviennent pas. Ces remèdes embarrassent la tête, gênent la respiration, au lieu de les débarrasser. A la fin du cours de ces pneumonies, lorsque la constipation a remplacé le dévoiement ordinaire dans la première période, un purgatif composé avec les follicules de séné et la décoction de tamarin termine la guérison.

Les rougeoles que nous observons aujourd'hui participent à un plus faible degré à la nature bilieuse des pneumonies; elles sont plus généralement catarrales. Leurs symptômes ressemblent à ceux des rougeoles décrites dans la plupart des auteurs. La période d'incubation est marquée par une fièvre accompagnée de toux, d'éternuemens répétés, de frissons et de chaleurs alternatifs, ce qui appartient bien certainement aux affections catarrales. Toutefois les petits malades vomissent aisément, et le vomissement amende les symptômes de leurs maladies, sans néanmoins les faire cesser. Après l'éruption des boutons caractéristiques de la rougeole, éruption qui suit ses phases régulières en envahissant progressivement de haut en bas toute la surface du corps, la dessiccation survient, laissant après elle les restes d'une bronchite qui persiste encore une huitaine de jours, à la suite de la disparition complète des boutons de rougeole. Dans un cas seulement de cette affection, nous avons vu la tête se prendre pendant le cours de la maladie, et celle-ci se compliquer alors de convulsions : mais le plus souvent tout se passe suivant les lois ordinaires du développement des rougeoles légitimes.

La thérapeutique convenable dans la majorité des rougeoles actuelles est la méthode expectante, avec l'attention d'écarter de l'enfant les circonstances qui pourraient les aggraver. Ainsi les malades doivent être tenus à la diète pendant la durée du temps de l'incubation; ils doivent être mis à l'usage d'une boisson gommeuse édulcorée, et retenus au lit sans être trop couverts. A l'époque de la dessiccation, quelques laxatifs fort doux, comme quelques grains de calomel, le sirop de chicorée composé à la dose de deux onces, une ou deux onces de manne en larmes, facilitent la terminaison de cette affection. C'est par ce traitement simple et facile que la rougeole régnante cède d'elle-même, sept ou huit jours après l'invasion de ses premiers symptômes.

Considérations sur le traitement de la scarlatine et de ses variétés.

La scarlatine est peut-être de tous les exanthèmes celui dont le mode de propagation est le plus insidieux et le plus facilement transmissible, les complications les plus graves et les plus rapidement funestes. Bien que rapprochée de la rougeole par l'éruption qui l'accompagne, par sa marche aiguë, par la disquammation épidémique qui la suit, la scarlatine s'en éloigne d'ailleurs par plusieurs caractères qui lui sont propres, par des lésions qui prouvent que cette maladie a, pour ainsi dire, un génie particulier, une nature à elle, tout-à-fait distincte de celle des autres maladies éruptives qu'on serait tenté de lui comparer.

Il n'entre pas dans notre plan de faire ici l'histoire de la scarlatine, nous la supposons aussi bien connue que possible. Notre but est de jeter un coup d'œil sur les divers moyens qu'une saine pratique doit faire employer dans les divers cas, et suivant les diverses formes qu'affecte cette maladie, nous mettrons à profit, dans cette circonstance, plusieurs indications thérapeutiques recueillies à l'excellente clinique de M. le docteur Guersent.

I. Lorsque la scarlatine est simple et ne présente que les symptômes qui en sont inséparables, tels que mal de gorge, déglutition un peu difficile, rougeur des bords et de la pointe de la langue; au début : mouvement fébrile modéré, chaleur vive mais supportable, éruption suivant naturellement ses périodes; on doit se tenir alors à un traitement adoucissant et aux moyens antiphlogistiques les plus simples. Ainsi des boissons émollientes ou légèrement acidulées, des pédiluves, quelques lavemens, la diète, le séjour dans un lit peu chaud, une température égale autour du malade, tels sont les moyens appropriés en pareille circonstance à toutes les périodes de la scarlatine.

II. Examinons maintenant les cas où des agens thérapeutiques plus actifs doivent être mis en usage. Pour procéder à cet examen, deux voies nous sont offertes : ou bien passer en revue les différentes variétés et les complications dont la scarlatine est susceptible, et indiquer pour chacune le traitement qui s'y trouve le plus approprié; ou bien énoncer successivement les divers moyens qu'on a jusqu'ici employés et signaler les circonstances particulières où leur emploi se trouve indiqué spécialement. Nous choisirons cette dernière méthode comme plus expéditive et se rapprochant davantage du point du vue sous lequel nous traitons ici ce sujet.

Purgatifs. — Les purgatifs ont été préconisés dans la scarlatine angineuse, surtout par les médecins anglais. Le calomel, associé au jalap et à la rhubarbe, forme la base du traitement par cette méthode. Mais on sent d'avance combien ce moyen, employé sans discernement, peut avoir de désavantages dans certains cas. L'angine simple ne peut être regardée comme une complication ni même une variété de la scarlatine, puisqu'elle entre, en quelque sorte, comme élément dans la composition de la maladie. Lorsque cette angine n'offre rien de particulier qu'un peu d'intensité, s'il y a en même temps constipation opiniâtre et quelques symptômes d'embarras gastrique, les purgatifs seront donnés avec avantage, et dispenseront d'une émission sanguine locale qui n'est pas toujours sans inconvénient dans la scarlatine en raison de la tendance qu'ont les

piqûres de sangsues à s'enflammer et à former des escarres.

Mais l'angine scarlatineuse offre dans d'autres cas un caractère bien autrement grave, je veux parler de ceux où elle revêt la forme gangréneuse et la forme diphtéritique. Dans la scarlatine avec angine gangréneuse, lorsqu'il existe des escarres dans la bouche, aux amygdales, dans le pharynx, lorsque le reste du tube digestif lui-même, à un degré plus ou moins avancé, est le siége de lésions analogues, et que les forces sont déprimées, les purgatifs sont tout-à-fait contre-indiqués et doivent être proscrits. Ces cas, au reste, offrent peu de ressources à l'art, et si la thérapeutique possède quelques moyens à leur opposer avec quelques chances de succès, c'est aux cautérisations des surfaces gangréneuses et des parties voisines des escarres, aux toniques légers, aux gargarismes aiguisés avec l'acide hydrochlorique ou le chlorure d'oxide de sodium, qu'elle devra principalement avoir recours.

Quand l'angine de la scarlatine affecte ce caractère de la diphtérite, il faut attaquer la maladie par un traitement local; dans ces cas les purgatifs et le calomel en tête ne peuvent être que des adjuvans plus ou moins utiles, suivant les circonstances, mais insuffisans en général à eux seuls pour arrêter les progrès de la sécrétion morbide.

Le traitement local, dans ce cas, consiste dans des gargarismes aiguisés soit avec l'acide hydrochlorique, soit avec le sulfate acide d'alumine; dans la cautérisation des points envahis, soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'acide hydrochlorique uni au miel rosat. Le suc de citron, mêlé au miel, a constamment suffi à M. Biett pour arrêter, dans ces cas, les progrès de la maladie, au rapport de MM. Cazenave et Schedel. Enfin M. Bretonneau, comme on sait, a recommandé les insuflations d'alun dans la diphtérite; et ce moyen doit encore trouver sa place ici.

Émissions sanguines. — Les saignées générales ou locales trouvent leur indication toutes les fois que la maladie se développe avec un cortége de symptômes inflammatoires très-marqués, et surtout lorsque la rougeur de l'arrière-bouche et du pharynx est notable, lorsqu'il y a engorgement considérable des amygdales ou des glandes cervicales, congestion cérébrale signalée par une grande pesanteur de tête, lorsque le mouvement fébrile est intense, et le pouls plein et vibrant. Elles peuvent ainsi prévenir ou du moins rendre moins dangereux les accidens qui surviendraient ultérieurement. On doit y renoncer quand l'angine a pris le caractère gangréneux, et dans la variété diphtéritique elles n'offrent d'utilité réelle qu'au début, quoique les saignées locales aient, dans plusieurs circonstances, un avantage incontestable; il convient, lorsqu'on le peut, d'avoir recours de préférence à la saignée générale pour éviter l'inconvénient signalé plus haut, je veux parler de la tendance qu'ont parfois les piqûres de sangsues à se gangréner.

Toutes les fois que dans la scarlatine il y a des accidens nerveux bien prononcés, les saignées deviennent nuisibles : il faut se garder alors d'y avoir recours. On a vu, en pareil cas, un enfant mourir avant même que les sangsues qu'on lui avait appliquées fussent tombées. D'autres succombèrent très-peu de temps après une émission sanguine qui, loin d'arrêter les accidens nerveux, n'avaient fait que les aggraver. Nous avons entendu M. Guersent insister fortement sur cette considération pratique, et avec grande raison à notre avis. L'expérience prouve, en effet, que dans certaines névroses cérébrales, soit primitives, soit intercurrentes, on ne retire aucun avantage des émissions sanguines, que parfois on augmente les convulsions, et qu'enfin souvent la mort arrive avec une grande rapidité. Or, les sujets atteints de scarlatine, les enfans surtout, chez lesquel se manifestent du délire et des convulsions, loin d'être soulagés par les sangsues qu'on applique dans ces cas derrière les oreilles, ou par les saignées qu'on se hâte d'employer pour enrayer les accidens, s'en trouvent en général plus mal, si même ils ne succombent pas plus rapidement. Ainsi donc, utiles au début de la maladie ou pendant son cours, lorsqu'on a à combattre une angine intense, une réaction fébrile trop considérable, une congestion sanguine dans le cervaau, le poumon, etc.; les saignées doivent être proscrites du traitement de la scarlatine lorsque des accidens nerveux commencement à se manifester.

Affusions. — Dans ces cas les affusions froides offrent une ressource réellement utile, et donnent parfois d'excellens résultats. Elles sont indiquées dans les accidens mentionnés ci-dessus, et lorsqu'il existe une chaleur brûlante de tout le corps, insupportable au malade, de l'agitation, une sueur très-forte; lorsque aussi la disparition de l'éruption a augmenté les principaux symptômes, et déterminé surtout les accidens nerveux. Dans tous ces cas les affusions seront utiles. Pour les pratiquer convenablement, le malade sera placé dans une baignoire vide, les pieds plongés dans l'eau chaude, et alors on affusera la tête et le dos avec de l'eau à la température de 18 à 14 degrés. L'affusion sera répétée plus ou moins de fois suivant l'état des forces du malade. Il est inutile d'insister sur les précautions à prendre pour éviter le refroidissement. Un soulagement prompt suit, en général, l'emploi de ce moyen; très-souvent l'éruption qui avait disparu reparaît, et les accidens nerveux se dissipent. Les affusions sont contre-indiquées toutes les fois que le malade ne ressent pas une vive chaleur, à plus forte raison lorsqu'il se plaint du froid, quelle que soit d'ailleurs la gravité des symptômes nerveux qu'il éprouve.

Si, par une résistance déraisonnable de la part du malade ou de sa famille, ou par toute autre circonstance, les affusions froides ne peuvent être employées, on promènera sur la tête, le front et le visage, des éponges imbibées d'eau froide; mais ce moyen est beaucoup moins énergique que le premier. Cependant chez les femmes en couches ayant la scarlatine, lorsqu'il existe une bronchite plus ou moins intense, la coïncidence de cette bronchite et de l'état puerpéral devra rendre très-circonspect sur l'emploi des affusions; il conviendrait alors de les limiter à la tête, si l'on ne trouvait pas suffisantes les lotions sur cette partie avec l'éponge imbibée d'eau froide, dans le cas où l'on aurait à combattre des symptômes ataxiques.

La bronchite dont nous parlions tout-à-l'heure existe fréquemment; non-seulement on l'observe chez les femmes en couches, mais encore aussi souvent chez les adultes et surtout chez les enfans. Il faut, en ce cas, être en garde contre la pneumonie qui en est la suite la plus fréquente, pneumonie qui a la plus grande tendance à se terminer rapidement par suppuration. Ces bronchites doivent donc, au début, être attaquées par les saignées; il importe alors de ne pas attendre que des complications ner-

veuses viennent priver la thérapeutique du bénéfice que ce moyen utile peut lui procurer.

Toniques.—Nous avons dit précédemment un mot à ce sujet, à l'occasion de l'angine gangréneuse. Les toniques seront encore employés dans cette variété de la scarlatine qu'on a nommée adynamique. La forme adynamique se révèle alors quelquefois dès le début de la maladie; elle n'est pas due, en général, à une complication de dothinentérite survenant comme affection intercurrente pendant la scarlatine. Dans ces cas, c'est la scarlatine elle-même qui revêt la forme adynamique, si l'on peut ainsi dire : alors on observe la plupart des symptômes connus sous le nom d'adynamiques, tels que langue et dents fuligineuses, faiblesse extrême, défaillances, syncope, etc.; les acides minéraux unis au quinquina, l'acétate d'ammoniaque, le camphre, sont les moyens qui paraissent le mieux indiqués alors.

Révulsifs. — On doit être réservé dans l'emploi des révulsifs extérieurs dans le traitement de cette maladie, et surtout lorsque la scarlatine a pris le caractère adynamique; car la gangrène s'empare assez facilement des parties où ils ont été appliqués. Aussi, dans les cas où il paraît indispensable de déterminer une révulsion énergique sur un des points de la périphérie, aura-t-on soin de ne pas laisser trop long-temps en place les sinapismes ou entretenir trop long-temps les vésicatoires. Les vésicatoires au cou, lorsque l'angine est très-intense, ont été employés, et n'ont fait le plus souvent qu'augmenter l'inflammation de la peau, sans révulser l'inflammation. Ce moyen doit donc être abandonné.

Bains.—Beaucoup moins énergiques dans leur action que les affusions froides, les bains tièdes peuvent être donnés avec avantage au déclin de l'éruption, lorsque la peau conserve beaucoup de chaleur et de sécheresse; de même lorsque l'éruption pâlit et semble prête à disparaître, un bain tiède peut la rappeler, diminuer le malaise, prévenir les accidens nerveux et donner à la maladie une issue plus facile et plus favorable. Les bains, non plus que les affusions, ne prédisposent point à l'anasarque, ainsi que l'ont prétendu quelques auteurs.

L'anasarque, qui succède à la scarlatine, se développe principalement sous l'influence du froid humide. Il est, par cela même, assez fréquemment observé en automne. Le traitement à lui opposer doit varier suivant les différentes variétés qu'il présente. Ainsi, lorsqu'il s'est développé rapidement chez un sujet fort et vigoureux, lorsque le pouls est plein et résistant, il convient d'attaquer en ce cas l'anasarque par les saignées et les autres moyens antiphlogistiques. Lorsqu'au contraire l'anasarque s'est développé lentement, la maladie affectant une marche subaiguë ou chronique, lorsque la face est pâle, les membranes muqueuses peu colorées, il convient de recourir aux purgatifs en y associant quelques légers toniques ou quelques préparations martiales. Chez les enfans, l'huile de ricin suffit dans beaucoup de cas. On s'est bien trouvé aussi de l'emploi de l'oxymel scillitique, donné à des doses graduellement augmentées jusqu'à effet purgatif. Dans certains cas où l'anasarque persistait malgré ces moyens, la poudre de jalap, administrée à la dose de dix à quinze grains chez les enfans de trois à quatre ans, et à des doses successivement croissantes pour un âge plus avancé, a très-bien réussi. Ce médicament offre d'ailleurs l'avantage d'être pris sans répugnance par les petits malades, et manque rarement son effet.

III. Traitement prophylactique.—La scarlatine se transmet d'individu en individu avec une grande facilité. L'époque à laquelle un malade atteint de cette maladie cesse de pouvoir la communiquer à d'autres n'est pas encore connue d'une manière précise : certains faits tendent à prouver qu'elle est beaucoup plus reculée qu'on ne le croirait d'abord. M. Guersent, à ce sujet, a cité, dans une de ses leçons, l'histoire d'un jeune enfant qu'il avait saigné pour une scarlatine. Cet enfant, appartenant à une famille aisée, fut entièrement isolé de ses frères et sœurs, placé dans un lieu à part, et soigné par des domestiques qui n'avaient aucune communication avec les autres personnes de la maison. Trois semaines après l'issue de la maladie, on crut pouvoir le faire rentrer en communication avec le reste de la famille; et quelques jours après, les trois autres enfans furent pris de scarlatine. Il importe donc de séquestrer assez long-temps même les convalescens, et surtout d'en éloigner les enfans de la même famille, puisque les faits prouvent qu'après huit jours, quinze jours, trois semaines, la maladie peut encore se transmettre. On n'a pas d'exemple que la rougeole se soit transmise médiatement ou par intermédiaire. Il n'en est pas de même de la scarlatine. On connaît l'histoire de l'habit d'Hildebrand.

Cet habit il l'avait revêtu pendant une épidémie de scarlatine; il le laissa un an pendu dans sa garde-robe, et après ce temps, dans un voyage qu'il fit en Podolie, il se couvrit de ce même habit, et porta avec lui la scarlatine dans ce pays où elle ne régnait pas avant son arrivée. Ce fait pourrait bien être sujet à quelque discussion; mais il est incontestable, par exemple, que des médecins, sortant de visiter des malades atteints de scarlatine, l'ont portée dans d'autres maisons qu'ils allaient visiter. M. Guersent cite, à cette occasion, une observation qui lui est personnelle : il a de cette manière introduit la scarlatine dans sa famille, sans en avoir lui-même été atteint. Une dame, ayant visité une personne de sa connaissance ayant la scarlatine, en fut atteinte peu de temps après; son enfant fut pris à peu près en même temps qu'elle, et mourut en vingt-quatre heures : la bonne de la maison en fut également atteinte. Ainsi, ce n'est pas seulement sous l'influence épidémique, mais même à l'état sporadique, que la scarlatine se communique si facilement, soit directement d'individu à individu, soit par l'intermédiaire d'autres personnes qui peuvent répandre la maladie sans en être nécessairement atteintes. L'atmosphère, les vêtemens et autres objets peuvent ainsi devenir des voies de transmission. La belladone est un des moyens préconisés comme préservatifs de la scarlatine. On l'administre, soit en extrait, soit mieux en teinture, de quatre à huit gouttes par jour chez les enfans, de douze à dix-huit chez les adultes. L'usage doit en être continué plusieurs jours. Thomassin a conseillé aussi l'hydrosulfure sulfuré d'antimoine uni au protochlorure à parties égales, à la dose d'un huitième à un quart de grain, suivant l'âge. Sur quatre-vingt-dix enfans auxquels ce médicament a été administré, quatre-vingt-cinq ont été préservés.

Ces moyens préservatifs ont réussi dans certains pays et ont échoué ailleurs. Ils ont pu réussir dans les lieux où la scarlatine était franchement épidémique, et où, d'ordinaire, elle ne régnait pas sporadiquement; mais dans les grandes cités, comme Paris, par exemple, où la maladie est permanente, si elle

prend parfois un caractère épidémique, ce n'est, en réalité, qu'un accroissement un peu plus considérable dans le nombre habituel des malades, par l'influence de causes dont l'action est activée, mais n'est jamais complétement suspendue. Aussi, dans les grandes villes, le traitement préservatif est-il moins efficace, et l'isolement le plus complet devient alors le préservatif le plus certain.

J. C. Sabatier.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur quelques espèces de polypes utérins, et sur leur ablation.

Parmi un grand nombre d'affections qui peuvent simuler en quelque sorte des affections organiques de la matrice, il faut placer en première ligne les polypes du col et du corps de l'utérus, qui par la nature des accidens qu'ils produisent amènent souvent des erreurs de diagnostic dont les conséquences peuvent être fatales.

Les polypes les plus fréquens sont sans contredit les *celluloso vasculaires*, petites végétations muqueuses qui se forment dans la commissure du museau de tanche, et sur quelques solutions de continuité du col utérin. Ces petites productions, très-peu appréciables au doigt, ressemblant à un bourgeon charnu, scrophuleux et blafart, ne sont souvent reconnues que par la vue au moyen du spéculum, encore faut-il souvent avec une grande sonde à poitrine écarter les lèvres de l'orifice utérin pour les apercevoir. Cependant ceux qui pratiquent le toucher avec toutes les précautions indiquées par M. Lisfranc, dans ses leçons, pourront, ainsi qu'il le fait dans la plupart des cas, reconnaître la présence de ses petits corps vasculaires et celluleux. Si l'on calculait en pathologie la gravité ou la violence des effets par les causes, on tomberait souvent dans de grandes erreurs. J'ai vu dans le service de M. Lisfranc, et dans la pratique privée de ce chirurgien dont j'ai eu l'honneur d'être chargé à plusieurs reprises, que les symptômes produits par les polypes dont nous nous entretenons étaient souvent aussi alarmans que ceux produits, soit par les grands polypes fibreux, soit par les engorgemens du col et du corps de l'utérus. Ainsi, les douleurs de dos, les pesanteurs de lombes, les coliques utérines, avec ou sans écoulemens muqueux et sanguins; la sensation d'un poids incommode sur le rectum, les tiraillemens des aines, sont des symptômes qui accompagnent les polypes *celluloso-vasculaires*. Ajoutez à cela une anomalie du cours des menstrues, souvent des suppressions, des gastralgies continuelles, et un amaigrissement considérable.

Il est, certes, des engorgemens squirreux à l'utérus qui sont arrivés à un point de gravité extrême avant d'avoir produit de pareils symptômes. Il est d'autant plus important de s'assurer de la présence de ces polypes, qu'ils grossissent et forment certainement le noyau des polypes fibreux. Leur grosseur varie; dans la plupart des cas, ils sont gros comme des semences de chenevis, ou comme une groseille à grappes. M. Lisfranc en a extrait plusieurs chez la même personne, de grosseur variée, dont quelques-uns égalaient déjà le volume d'une olive, et dont la base commençait à s'organiser en substance fibreuse. Il faut donc aussitot que l'on a reconnu de semblables végétations, procéder à leur extraction. Les instrumens nécessaires sont un spéculum plein, un peu large, des pinceaux de charpie pour essuyer, et des pinces à polypes droites: mais très-longues, aussi longues que le tire-balle ordinaire adopté par les ambulances de l'armée. La malade placée sur une table élevée, comme pour l'opération de la systotomie, les jambes soutenues par des aides, l'opérateur placé entre les cuisses de l'opérée, introduit ce spéculum avec les précautions ordinaires, et le confie à un aide aussitôt qu'il est placé convenablement. Le chirurgien charge alors avec les grandes pinces les polypes, et les extrait après avoir exercé sur eux une torsion assez forte pour pouvoir les arracher en entier avec leur pédicule: aussitôt qu'ils sont extraits on aperçoit à leur place une petite cavité assez semblable au trou que laisse dans les tissus le bourbillon qui vient de sortir d'un petit furoncle. Souvent le polype est dans le col, il faut alors avoir soin en le chargeant de pousser les pinces en avant, pour suivre le mouvement de recul que la matrice fait au-devant des mors de l'instrument. A peine quelques gouttelettes de sang s'échappent-elles; la malade est replacée dans son lit: s'il se manifeste quelques légers accidens inflammatoires, une ou deux saignées révulsives en font justice: dans la majorité des cas, il n'en survient aucun.

Quelques jours après l'on examine la malade avec le spéculum, et l'on cautérise légèrement les solutions de continuité avec un petit pinceau imbibé de proto-nitrate acide de mercure liquide.

Ainsi, comme on vient de le voir, rien de plus simple et de plus facile que cette opération, qui est à la portée de tous les hommes de l'art, et qui peut ainsi empêcher de graves accidens consécutifs.

Quand on a affaire à des polypes fibreux, les choses ne se passent pas aussi facilement. Le diagnostic est souvent bien plus difficile, surtout quand ces végétations sont encore entièrement enfermées dans la cavité de l'utérus, sans qu'il y ait encore de dilatation avancée au col pour leur accouchement: c'est le mot, car si on surveille attentivement leur marche, on voit qu'à des époques plus ou moins fixes, dans le moment des menstrues, surtout, la malade est en proie à des douleurs utérines que toutes les femmes qui ont enfanté comparent à celles d'un véritable accouchement; qu'à chaque travail le col se dilate, et si l'on touche alors, on ne tarde pas à rencontrer un corps rond, lisse ou bosselé, qui en obstrue l'orifice interne. Après plusieurs mois, les femmes ressentent souvent tout-à-coup, pendant ces douleurs ou quelques jours après, le passage d'un corps plus ou moins volumineux qui reste dans le vagin.

Tous les polypes fibreux sont en général accompagnés de métrorragies très-abondantes au moment des règles, et, dans leur intervalle, d'écoulemens muqueux, sanguinolens, plus ou moins fétides. La santé générale de la femme s'ébranle, fléchit rapidement, et souvent le chirurgien est appelé au moment où elle est presque anémique.

Dans la plupart des cas, dans les provinces surtout, l'on considère ces symptômes comme des précurseurs de l'âge critique: bien plus souvent encore l'on traite les malades pour une affection utérine. Cependant si l'on touche avec soin, avec les précautions ordinaires par le vagin, le rectum et l'hypogastre, il sera facile de se convaincre que le col utérin bien loin d'être dur, bosselé ou saillant, est plutôt effacé, comme vers les derniers mois de la

gestation : quand il commence à se dilater, il est facile d'y introduire le doigt assez profondément pour reconnaître le corps étranger. Pourquoi les chirurgiens modernes ont-ils presque abandonné le cathétérisme de la cavité utérine, dont le père de la médecine recommandait l'usage avec tant de soin? Quel danger y a-t-il à introduire une sonde mousse dans la cavité de cet organe, tandis que le même instrument est souvent promené dans des cavités dont la sensibilité et la susceptibilité sont bien plus grandes que celle de l'utérus? Il me semble cependant qu'une exploration méthodique de la cavité de cet organe pourrait, dans un grand nombre de cas, éclairer la conscience du chirurgien et lui apprendre que les accidens auxquels une femme est en proie sont produits par des corps étrangers, développés dans l'intérieur de l'utérus. En effet, dans l'état ordinaire de vacuité, la cavité de la matrice est réduite à un canal longitudinal qui offre à sa partie supérieure un léger renflement. Ainsi une sonde de femme graissée et introduite dans ce canal ne peut pas parcourir un grand trajet; tandis que si un corps étranger dilate l'utérus, on peut calculer son volume par les mouvemens que l'on peut imprimer au cathéter, par le mouvement de hausse et de baisse qu'éprouve l'instrument en refoulant le corps étranger, enfin par la plus ou moins grande profondeur où il peut pénétrer dans l'organe.

Cette exploration devrait, du reste, être pratiquée à un intervalle assez éloigné des règles, car les recherches sur l'utérus, l'application même du spéculum, provoquent et hâtent l'écoulement menstruel.

Les polypes renfermés dans l'utérus sont quelquefois pédiculés, d'autres fois ils existent à l'état de tumeur fibreuse ovoïde, sans pédicule, et ce n'est que par les efforts graduels d'expulsion et de contraction du col utérin qu'ils s'étranglent et se pédiculent : cette théorie admise par M. Hervez de Chégoin, dans un mémoire inséré dans le recueil de la Société de médecine, en 1829, est vraie dans un grand nombre de cas; mais il est plus fréquent encore de trouver les polypes flottans et pédiculés dans l'intérieur de l'utérus. C'est surtout quand il en existe plusieurs que les opinions de M. Hervez de Chégoin sont inadmissibles, puisque tous sont pédiculés à la fois, ainsi que j'ai eu occasion de l'observer à l'amphithéâtre de la Pitié, sur les vieilles femmes mortes à la Salpêtrière, et sur une dame de Nevers que M. Lisfranc a opérée dernièrement dans une maison de santé de Paris.

J'ai rencontré par contre, sur une femme que j'ai opérée en province, un polype analogue à celui rapporté par M. Hervez de Chégoin; il avait été long-temps à être expulsé; dans les premiers jours de son accouchement le pédicule n'était presque pas appréciable; des circonstances ayant fait ajourner l'opération à six semaines environ, je fus tout étonné de trouver alors un pédicule gros comme le pouce à la tumeur qui égalait le volume d'un gros œuf d'oie. L'excision en fut faite, et la tumeur fibreuse lisse et dure me parut avoir été seulement retenue en place, ainsi que le dit M. Hervez, par la membrane interne seule de l'utérus.

Il se présente ici une réflexion aussi grave que complexe : faut-il chercher à opérer les polypes pendant qu'ils sont encore enfermés dans la cavité utérine, ou attendre leur expulsion? Il serait assez difficile ici de donner une règle fixe et générale sans courir le risque d'être taxé d'un empirisme aveugle.

Si on mettait en balance la facilité d'opérer les polypes parvenus dans le vagin avec la difficulté du manuel opératoire pour ceux enfermés dans l'utérus, on se déciderait sans doute pour attendre qu'ils fussent descendus dans le vagin; mais les accidens se pressent quelquefois, la fréquence des hémorragies détruit la constitution des malades, qui prennent un teint cancéreux. Il faut alors se décider à opérer pendant que les polypes sont enfermés dans la cavité utérine, il est presque impossible de recourir à l'excision. Le col utérin est souvent si peu dilaté que l'opérateur est obligé de recourir à la dilatation par l'instrument tranchant avec un bistouri droit boutonné, ou avec un lithotome du frère Côme, dont la lame peut même se rompre; tant l'orifice est dur, ainsi qu'en rapporte un cas M. Hervez de Chégoin dans son mémoire cité. L'orifice une fois dilaté, les difficultés ne sont encore qu'à moitié vaincues. Comment porter la ligature sur un polype dont on ignore la nature? Son pédicule est-il pédiculé ou ne l'est-il pas? Dans le premier cas un étranglement progressif obtient sa mortification. Dans le cas contraire le lien peut intéresser la substance de la matrice et produire les accidens signalés par M. Hervez. Faut-il alors, comme le recommande ce praticien, relâcher la ligature aussitôt qu'il se manifeste des accidens pour la resserrer quand les accidens sont dissipés? Il me semblerait plus raisonnable, quand on a à les redouter, d'étrangler tout-à-coup avec force la partie comprise dans la ligature; d'y éteindre la vie et la sensibilité avec le barrillet à globules de M. Bouchet de Lyon, ou le cabestan de M. Mayor de Lausanne. Les succès obtenus par ce dernier sur des organes très-sensibles, tels que la langue et le pénis, et un grand nombre de tumeurs, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Quant à moi, je crois qu'il ne faut porter la ligature sur les polypes que lorsque les malades sont épuisés par des hémorragies, et que la vie peut être compromise par un nouvel écoulement.

Dans la majorité des cas encore, il faut préférer la section quand ils sont expulsés de l'utérus; l'expérience de MM. Dupuytren, Récamier, Lisfranc, ne laisse aucun doute à ce sujet. En parcourant La Revue médicale, le Journal complémentaire et la Gazette Médicale, pour l'année 1832, l'on verra que ces divers recueils apportent à l'appui de cette opinion des faits excessivement concluans.

L'hémorragie traumatique est très-peu de chose, surtout si on se sert de ciseaux pour couper le pédicule : celle qui pourrait être le résultat d'une congestion hémorragique vers l'organe cède aux remèdes ordinaires, dans le cas contraire le tamponnement en fait justice. J'ai vu pratiquer un grand nombre d'excisions de polypes, j'ai déjà eu recours plusieurs fois moi-même à cette opération, et je suis encore à voir une hémorragie un peu violente.

Le manuel opératoire est des plus simples. La malade est placée comme pour les polypes celluloso-vasculaires. Le chirurgien introduit un spéculum brisé, pour reconnaître la tumeur et la charger plus facilement avec des érignes de Musaux, et mieux encore avec une pince à faux germe de Levret dentelée. Au moyen de cet instrument l'on fixe mieux la tumeur, surtout quand elle est volumineuse; et l'on ne court pas risque, quand il échappe, de blesser le vagin comme avec les pinces de Museux.

Il est des cas où le polype est mou et se déchire facilement; le sang qui s'écoule masque la vue de l'opérateur. M. Lisfranc conseille alors et je crois

que personne ne l'avait fait avant lui, de saisir le museau de tanche avec une pince de Museux : par ce moyen l'on abaisse la matrice, le polype fait saillie au-devant de la vulve, et l'on accomplit l'opération avec les ciseaux courbes sur leur plat. J'ai vu M. Lisfranc suivre ce procédé avec le plus grand avantage dans deux circonstances différentes : dans la première il avait affaire à un polype produit par un fragment de placenta qui commençait à s'organiser; M. Bouillaud, Andral et Hatin assistaient à une opération qui fut heureusement terminée avec l'instrument de Levret que l'on préféra dans cette circonstance, vu que la malade était exténuée par des hémorragies très-abondantes. Dans le second, on avait affaire à deux polypes, dont l'un fibreux fut excisé sur-le-champ, l'autre muqueux, ne pouvant être maintenu par les pinces, on eut recours avec avantage à la modification que je viens d'indiquer.

Voilà à quoi se réduit le manuel opératoire dans la plupart des cas il doit être modifié en quelques occasions; ainsi quand la tumeur est très-volumineuse, il faut inciser la fourchette et le périnée : d'autres fois quand elle a séjourné long-temps dans le vagin, il faut, en explorant avec soin, s'assurer si elle n'a pas contracté d'adhérences avec ce canal. M. Bouchet de Lyon, que je consultai pour un cas de polype très-volumineux que j'avais à extirper, me dit avoir observé plusieurs fois cette complication. Il peut s'en présenter d'imprévue, c'est au chirurgien alors à savoir profiter des ressources de son imagination, quand son arsenal chirurgical est en défaut.

Le traitement consécutif ne diffère en rien de celui que l'on a l'habitude d'employer à la suite des grandes opérations qui avoisinent des organes importans, et surtout très-susceptibles, tels que le péritoine. C. D. V.

MALADIES DE LA PEAU.

De l'Emploi du styrax dans le traitement des dartres rongeantes (esthiomenos terebrans).

Le peu de succès qu'on obtenait des cautérisations avec le nitrate de mercure, le chlorure d'antimoine, les solutions rubéfiantes iodurées et les pommades avec les divers iodures, m'avaient engagé à faire quelques recherches sur la nature de l'esthiomenos, pour parvenir à trouver un moyen thérapeutique plus efficace. Les nécroscopies que j'ai eu occasion de faire, l'examen attentif des diverses phases de cette maladie sur le vivant, m'ont permis de constater que cette affection, quoique dépendant du vice dartreux, se greffe souvent sur des constitutions scrophuleuses; de là ces larges ulcérations rongeantes dont les bords sont mollasses, infiltrés de sucs blancs et essentiellement atoniques (1). D'autres fois, la cachexie scrophuleuse est si prépondérante, que la face est toute bouffie, les tissus sont indurés et dégénérés, ceux-mêmes qui paraissent sains dans leur texture participent à la bouffissure scrophuleuse; aussi, sous une peau blanche et relâchée, on trouve les mailles du tissu cellulaire considérablement agrandies, molles et décolorées. Ces malades sont alors effrayans; leur tête est énorme, leurs joues proéminentes, le tissu des paupières est boursoufflé, et le malade ne peut voir qu'en relevant sa paupière. Le plus souvent, le globe de l'œil est encore visible; et leurs petits yeux contrastent singulièrement avec leur énorme face (1).

L'esthioménos revêt une autre forme qui me paraît être essentiellement dartreuse (esthiomenos repens.) L'allure qu'il prend ici a la plus grande similitude avec l *herpes squammosus orbicularis vel centrifugus*. Il s'étend en surface, mais n'altère point profondément les tissus; des tubercules se surajoutent progressivement, et la maladie laboure ainsi la peau, en s'étendant toujours du centre à la circonférence (2).

Ce qui m'a porté à employer le styrax dans le traitement de la dartre rongeante, c'est l'observation que je fis que la surface ne produit jamias de pus. Un liquide albumineux; entraînant des détritus de parties solides, transude sans cesse des surfaces esthiomènes. Les points même qui n'ont point encore essuyé les ravages de l'ulcération laissent transuder parfois aussi ce même liquide qui, dans ce cas, paraît se produire dans le tissu préalablement engorgé de la peau; seulement il n'entraîne aucun détritus; mais il se concrète sur la surface épidermique de l'organe cutané, et se résout en écailles qui se reproduisent sans cesse. Sur les parties ulcérées, il n'en est point de même. L'humeur albumineuse, entraînant les débris des tissus, exhale une odeur fétide, et, en se desséchant, se convertit en croûtes, lesquelles sont d'autant plus proéminentes qu'elles sont plus anciennes; en sorte que, sur le même sujet, on rencontre à la fois et des écailles et des croûtes, phénomène qui dépend du degré seul où est parvenue la maladie. Une fois ce liquide albumineux concrété, la surface extérieure de la croûte est, à cause du contact de l'air, jaune, ou verdâtre, ou grisâtre; mais les couches intérieures plus récentes sont mollasses, noires et d'une puanteur excessive. Si ces productions esthiomènes sont squammeuses, elles reposent sur une peau épaissie, rouge, boursoufflée et disposée à l'ulcération; si elles sont croûteuses, épaisses et proéminentes, elles siégent sur une ulcération plus ou moins profonde, suivant l'ancienneté de la maladie.

Une fois débarrassées de leurs croûtes, ces surfaces ulcérées présentent des espèces de granulations bien différentes des bourgeons charnus; car ceux-ci tendent à la cicatrisation, et les autres se détruisent peu à peu. Il paraît cependant, que pour qu'un tissu soit détruit par l'esthiomène, il doit auparavant avoir subi une altération morbide spéciale; il s'épaissit, se condense, devient lardacé, puis se fond en parcelles ténues qu'entraîne le liquide albumineux excrété. L'action esthiomène n'a pas besoin de cet endurcissement primitif, lorsqu'il envahit les cartilages; aussi a-t-il pour ce tissu une sorte de prédilection, et les cartilages du nez, la cloison de cet organe sont, par ce même motif, les plus spécialement affectés. Les ravages de la maladie gagnent sans cesse; mais, parvenus aux os, ils s'arrêtent toujours.

C'est par ces considérations, qui ne seront pas sans utilité pour l'intelligence de l'effet thérapeutique du styrax, que je me déterminai à croire que

(1) Dans ce cas, le styrax est très-puissant.

(1) Dans ces circonstances, le styrax serait peu utile, s'il n'était associé avec une médication intérieure bien entendue.

(2) L'action du styrax n'est ici pas moins évidente, quoiqu'elle soit plus lente.

cette affreuse maladie pourrait devenir curable, si, par un mode spécifique, un médicament pouvait transformer cette exsudation morbide en une véritable sécrétion purulente : de là le dégorgement des tissus indurés : de là la formation des bourgeons charnus, et, par suite, la cicatrice. Le styrax réalisa mes espérances, et ce fut sous les yeux de M. le professeur Alibert, qu'en 1830, M. le docteur Girou et moi, commençâmes cette médication. Il serait inutile, je crois, de donner ici l'observation de chaque malade soumis à ce traitement. Un aperçu général sur les effets du styrax et nos résultats feront assez sentir l'action réelle de ce médicament. Nous ne doutons pas qu'en appelant l'attention des praticiens sur ce sujet, ils n'en confirment mieux encore la véritable utilité.

Une fois les ulcérations esthiomènes débarrassées de leurs croûtes, soit par les cataplasmes féculens, soit par des douches de vapeur, la surface charnue étant à découvert, nous la recouvrirons d'une couche de styrax liquide. Aucune sensation particulière ne dévoilait d'abord au malade la présence de ce médicament; quelque temps après, il éprouvait une sorte de fourmillement, qui bientôt était suivi d'une exsudation purulente. En effet, si l'on observait alors les surfaces ulcérées, on remarquait, à travers la couche transparente du styrax, que chaque granulation se recouvrait d'une goutelette de pus jaunâtre. Douze heures après l'application du médicament, ce pus faisait irruption à travers la couche du styrax, et baignait les parties environnantes. Dans tous les cas, la suppuration ne s'établissait point si promptement, les parties malades n'étaient point toujours aussi facilement influencées; il fallait préalablement qu'elles sentissent le mode d'action du tyrax, qui d'abord ne faisait qu'exalter la vitalité des tissus, sans changer leur mode spécial de sécrétion. Voici d'ailleurs ce qui se passait : un liquide fortement albumineux se déposait sous le styrax; parfois il se rassemblait en une sorte de caillot transparent, semblable exactement à la portion la plus consistante du blanc d'œuf, ou à certains caillots fibroso-albumineux que l'on trouve dans le cœur de sujets morts, avec un sang appauvri et épuisé par les fréquentes évacuations sanguines.

Il était donc bien évident que le styrax n'avait fait qu'accroître l'exhalation morbide. Cette particularité me montrant néanmoins l'action énergique de ce médicament, je poursuivis avec persévérance son emploi, et je vis bientôt que, progressivement, le liquide excrété changeait de nature; on le vit se colorer en jaune blanchâtre, devenir crêmeux, et prendre ainsi les caractères les plus tranchés du véritable pus. Les chairs étaient modifiées dans leur aspect; les bourgeons charnus paraissaient gorgés d'un sang vermeil et riche; ils s'élevaient de toute la surface ulcérée, et, comme dans certaines plaies, ils dépassaient parfois le niveau des bords de l'ulcération. Dans ce cas, des cautérisations avec le nitrate d'argent réprimaient les bourgeons et hâtaient la formation de la cicatrice. Toutefois, cette cicatrisation était plus difficile à obtenir que ne pourraient le faire croire les grands avantages déjà obtenus sur la maladie. Voici ce qui se passait : une pellicule se formait sur les parties préalablement ulcérées; mais elle était mince, peu solide, et sa transparence laissait apercevoir l'injection capillaire des parties sous-jacentes. La maladie abandonnée à elle-même pendant un ou deux jours, on observait les phénomènes suivans : un liquide albuminoso-purulent se formait sous cette pellicule, en déterminait l'érosion, et, en arrivant sur la surface extérieure, s'y concrétait en écailles herpétiques très-ténues. Comme on le voit, la maladie était considérablement modifiée, et on pouvait dire qu'elle était ramenée à un état dartreux plus simple, ou, en d'autres termes, que cette formation d'écailles rappelant *l'herpes squammosus*, ou le premier état de quelques dégénérescences esthiomènes, la maladie s'était vraiment simplifiée.

Les choses étant telles, il est facile de voir que la maladie était changée du tout au tout; le styrax avait déterminé la curation; mais, parvenue à ce point, il ne pouvait l'achever : il fallait recourir à d'autres moyens. Cependant, si l'engorgement se montrait encore sur le point qu'occupait l'ulcère, nous nous sommes bien trouvés d'en continuer l'usage pendant un certain temps. Alors l'exsudation purulente continuait et se frayait une route à travers quelques portions de la pellicule; parfois elle déterminait la chute de certaines portions encore mal consolidées, mais qui ne tardaient pas à se régénérer avec plus de solidité. Une fois l'engorgement dissipé, il était bon de renoncer au styrax; nous l'avons remplacé par des applications astringentes si je puis les qualifier ainsi. A cet effet, les cautérisations légères avec la pierre infernale et l'usage alternatif de la pommade suivante m'ont paru mériter la préférence :

Prenez : cérat, 2 onces.
» Sulfate de zinc, 1 dragme et demi.

J'incorpore cette substance plutôt dans le cérat que l'axonge, parce que j'ai cru remarquer qu'il excitait moins à la suppuration que ce dernier. Il est même d'observation, ainsi que je me propose de le prouver par des faits, que le cérat, joint à l'opium, a une puissante action sur *l'herpes squammosus malidans*, et que, dans la plupart des cas, il ne tarde pas à tarir l'exsudation, et à empêcher, par suite, la formation écailleuse qui en résulte. Par l'emploi du nitrate d'argent et de cette pommade, les capillaires sanguines m'ont semblé acquérir une force de tonicité plus grande; le sang ne les distendait point comme auparavant, et nous avons vu par degrés des plaques esthiomènes blanchir et s'effacer. Toutefois, je dois dire que cette période du traitement est souvent longue, et que le praticien, peu habitué à se trouver en face de cette redoutable maladie, ne doit pas perdre courage. D'ailleurs, l'espérance du malade et sa confiance alors pleinement rassurée engageront le médecin lui-même à persévérer. Dans le commencement de mes recherches thérapeutiques sur le styrax, j'avais cru, dans certains cas, devoir y joindre une faible quantité de poudre de cantharides pour en augmenter l'action suppurative; mais aujourd'hui je suis demeuré convaincu qu'en appliquant une couche assez épaisse de styrax, et en garantissant, par un appreil convenable, l'ulcération du contact de l'air on peut déterminer une suppuration désirable. Cependant, dans quelques *esthiomenos repens*, l'action du styrax est évidemment trop faible. Aussi, M. Duchesne emploie-t-il une pommade composée où entrent à la fois du styrax, du goudron, du tartre stibié, des cantharides et de l'euphorbe. Par ce moyen, il a déjà obtenu de précieux résultats.

Le styrax, employé ainsi depuis trois ans dans le

service de M. Alibert, a déjà guéri quelques malades. M. le docteur Lemasson, autrefois interne à l'hôpital Saint-Louis, en avait obtenu de précieux effets. M. le docteur Girou de Buzareingues, soigne en ville une dame qui, horriblement mutilée par cette maladie, touche en ce moment à sa guérison. Mais il a ajouté à sa médication la méthode révulsive, en appliquant un séton à la nuque. Cependant on n'obtiendrait pas, je pense, tout l'effet désirable du séton, si on l'appliquait dès l'origine du traitement. Il faut attendre que la suppuration, suscitée par le styrax, commence à tarir : c'est alors, je crois qu'on déterminera avec avantage un point d'irritation éloigné, et la suppuration qui en résultera pourra détourner du foyer morbide des sucs qui avaient coutume de s'y porter.

En terminant cet article, je dois dire que nous avions essayé la térébenthine molle de Venise, et que nous en avions obtenu des effets analogues au styrax; seulement, comme elle est gluante et tenace, son application difficile nous y a fait renoncer. J'ajouterai aussi que l'effet du styrax doit parfois être secondé par une médication intérieure que le médecin appropriera à la constitution du sujet.

DAUVERGNE.

Des fractures comminutives très-graves peuvent être traitées et guéries sans l'amputation des membres.

Monsieur le rédacteur, c'est toujours avec un nouveau plaisir que je reçois votre intéressant et instructif journal. Rien n'est de trop dans tout ce que vous nous dites. C'est une qualité bien précieuse pour un écrit périodique; personne ne le sent mieux que nous, praticiens, qui n'avons pas le temps de sacrifier des heures entières à de savantes inutilités. Des faits bien précis, des observations bien faites, voilà ce qu'il nous faut, voilà ce qu'on trouve dans votre recueil. Permettez-moi de vous communiquer deux faits chirurgicaux extrêmement utiles, à mon avis, aux médecins et chirurgiens qui, comme moi, sont souvent appelés à donner leurs soins aux habitans des campagnes, c'est-à-dire à cette classe qui ne vit que de son travail, et pour qui la perte d'un membre équivaut presque à la mort, car elle les met dans l'impossibilité de gagner leur pain et celui de leur famille. Il s'agit de la possibilité où l'on est souvent de sauver, avec des soins attentifs et empressés, des membres qui ont éprouvé des désordres même graves. Que dans la pierre, le cancer, ou dans tout autre cas de maladie incurable par tout autre moyen, le chirurgien se hâte d'opérer, il n'y a rien là qui puisse encourir le moindre reproche. Mais que, pour des causes moins graves, que, pour des désordres que l'on peut parvenir à réparer, l'on enlève à un malheureux une jambe, un bras, parce que le précepte a dit qu'il fallait opérer, c'est agir avec une précipitation inhumaine et coupable. Mes deux observations viennent à l'appui de ce que j'avance. Puissent-elles retenir la main de bien des chirurgiens qui s'en vont opérant sans s'inquiéter des résultats affreux qu'ils amènent, surtout parmi les habitans malaisés des campagnes.

Observation I.—Joseph Aubert, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution athlétique, était assis, le 29 juin 1831, sur le devant de sa charrette, attelée d'une jeune mule. Tout à coup l'animal s'effraie, et, malgré tous les efforts, il tombe dans un fossé et entraîne la charrette après lui. Ce malheureux a la jambe gauche broyée et déchirée par la pression de la charrette contre un arbre. Aucun secours ne lui fut porté avant une demi-heure, et il éprouva pendant ce temps les tourmens les plus affreux, surtout au moindre mouvement de la mule. Enfin il fut transporté chez lui, où bientôt après son chirurgien ordinaire me fit appeler. La jambe était dans un état affreux; les chairs étaient en bouillie et le tibia brisé en plusieurs fragmens; le péroné, également fracturé dans son tiers inférieur, présentait une saillie, à travers les parties molles, à la face externe de la jambe. Une plaie plus large existait sur la partie interne, elle avait neuf centimètres de longueur sur six de large. Une hémorragie considérable avait lieu par ce point depuis l'événement. Ces désordres indiquaient la nécessité de l'amputation; mais j'en fus éloigné par des raisons particulières apportées par le malade. Toutefois, je fis sentir aux parens le danger qui existait; j'enlevai deux fragmens d'os de quatre centimètres de longueur, d'une forme pyramidale, de la principale plaie, un troisième d'un égal volume avait été trouvé implanté dans l'arbre sur lequel la jambe avait porté dans l'accident: je la débarrassai aussi d'une grande quantité d'esquilles, et je laissai à la suppuration le soin d'entraîner le reste. L'impossibilité d'appliquer un bandage contentif sur une jambe ainsi déchirée me donna l'idée de faire une extension permanente, à peu près comme celle de M. Gresely, dans les fractures du col du fémur; je l'exécutai comme je pus, en faisant servir tout ce que j'avais sous la main. L'hémorragie persistait toujours; je fus assez heureux pour l'arrêter avec une liqueur composée avec l'eau de rose, l'alun, le rathania et l'eau de rabel. La gangrène se manifesta avec tout son cortége; nous la combattîmes avec bonheur, et la guérison, qui se fit attendre pendant six mois, n'a laissé aucune trace de tous ces désordres.

Observation II.—Marie Olivier, veuve Dijon, âgée de soixante-huit ans, maigre, mais encore robuste, était assise, le 24 juin dernier, sur le devant de sa charrette, portant un poids de vingt-cinq quintaux. A la descente d'un pont, (il était minuit), sa mule prend le galop. N'ayant point de rêne pour l'arrêter, elle saute; ses jupons s'accrochent à un clou, et elle tombe devant la roue qui, en passant sur son corps, lui fracture la cuisse vers son tiers inférieur, lui brise l'humérus dans sa partie moyenne, et lui déchire le pouce depuis son extrémité jusqu'à la phalange carpienne de l'index. Il était onze heures du matin lorsque je la vis pour la première fois. La cuisse, qui était fortement tuméfiée, n'offrit aucune difficulté dans sa réduction; mais l'humérus, qui était en bouillie, me donnait des craintes graves pour les suites. La malade préféra la mort à l'amputation, et bien lui en valut; car aujourd'hui, cinquante-cinquième jour de la réduction, j'ai enlevé l'appareil, et le bras s'est trouvé parfaitement cicatrisé à quelques irrégularités près qui se font sentir sur la partie fracturée, qui n'a pas moins de trois pouces d'étendue. Le membre n'a éprouvé aucune différence dans sa longueur.

A quoi ces deux malheureux doivent-ils la conservation de leurs membres? L'un à sa position sociale et l'autre à son âge avancé. Nos auteurs disent, et l'expérience sans doute a prouvé que les chances étaient bien plus favorables en agissant différemment que je ne l'ai fait dans ces deux cas, surtout dans la fracture comminutive qui semblait nécessiter impé-

rieusement l'amputation. Cependant on pourrait citer bien des cas analogues dans lequels les malades ont dû la conservation de leurs membres à leur refus fortement prononcé de se soumettre à l'amputation. Beaucoup d'élèves ont été témoins, naguère à Montpellier, de la même résistance de la part d'un individu qui avait eu les deux pieds écrasés par le frottement de deux bateaux qui se croisaient; presqu'en même temps. Il en a été de même pour M. D., à Carpentras, qui a eu l'extrémité du tibia écrasée dans une chute. L'amputation était bien indiquée dans ces deux cas, et cependant les deux malades ont conservé leurs membres. Ces observations heureuses, qu'on pourrait multiplier au besoin, doivent ouvrir les yeux aux praticiens qui sont portés à agir trop précipitamment. Quand on pense qu'au siége d'Anvers une simple fracture par un coup de feu déterminait l'amputation ! Pour adopter cette méthode expéditive de traiter les fractures faites par les armes à feu, l'on a sûrement fait la part des embarras qu'on éprouve sur un champ de bataille, pour donner des soins bien dirigés aux malades, et aussi de l'encombrement des blessés. Mais en ville ces difficultés n'existent pas, et l'on sait très-bien que des soins soutenus sont pour plus de moitié dans les guérisons.

ROLLANDE, D.-M.
A Château-Renaud (Bouches-du-Rhône).

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

AOUT, 1833.

PREMIÈRES APPLICATIONS

De la Méthode de déplacement, en prenant pour type le quinquina. Discussion des formules nombreuses proposées pour chacun des médicamens dont cette écorce fait partie. Choix fondé sur les résultats exacts et rigoureux que la méthode de déplacement permet seule d'obtenir.

Mémoire faisant suite à celui sur le *filtre-presse* de M. Réal; par MM. Boullay père et fils.

Lu à la Société de Pharmacie, le 3 juillet 1833.

Si nous sommes parvenus, dans notre mémoire sur le filtre-presse, à exposer avec quelque clarté les effets de capillarité et de pesanteur mis en jeu dans l'appareil de M. Réal ou dans la cafetière à la Dubelloy, nous aurons réussi sans doute aussi à faire apprécier la supériorité de ce procédé sur les modes ordinaires d'expression, et sa simplicité, lorsqu'on supprime la colonne de liquide.

Notre but aujourd'hui est de présenter l'application à quelques produits pharmaceutiques de cette méthode, que nous nommerons méthode de déplacement, et de faire entrevoir, par cet exposé combien on peut y puiser de ressources, soit pour la pharmacie, soit pour les arts chimiques (1). Pour arriver à cette application, nous entrerons nécessairement dans d'assez longs détails sur les préparations que nous avons prises pour types, et nous développerons quelques idées théoriques qui, sous beaucoup de rapports, pourront s'appliquer à une foule d'autres.

S'il est du devoir du pharmacien de rechercher, dans ses opérations, la perfection des produits plus que l'économie; il appartient aussi à un esprit éclairé et non moins consciencieux de tendre, de tous ses efforts, à tirer le meilleur parti possible des substances qu'il traite, et surtout d'éviter des pertes sans résultat ni profit.

Jetons les yeux sur la plupart des formulaires, et nous trouverons presque à chaque page à exercer dans ce sens notre critique. Ainsi, pour obtenir une teinture aqueuse, vineuse, alcoolique, éthérée, ou toute autre, d'une ou de plusieurs poudres végétales, après avoir indiqué les doses relatives de substances à employer, la manière d'opérer, etc., on ajoute ordinairement, passez et filtrez, sans prendre garde à la quantité souvent considérable de liqueur retenue par les poudres, liqueur aussi saturée que celle qu'on recueille, et que l'on peut obtenir si aisément en la déplaçant par une liquide approprié. Il est rare même que l'on aille jusqu'à indiquer l'emploi de la presse, et l'on perd ainsi une proportion souvent importante du produit, sans qu'il en résulte aucun avantage pour sa qualité (1). Si l'on prépare un extrait, on emploie d'énormes masses d'eau, qu'il faut ensuite évaporer avec préjudice pour l'opérateur ainsi que pour la qualité du produit, et qui ne donnent pas tout ce que l'on pourrait obtenir par une voie beaucoup plus simple.

On conçoit quelle série nombreuse de préparations infidèles peut être comprise sous ces titres, qui ne sont pas uniques. Nous aurons donc mille fois l'occasion de revenir sur ce sujet; aujourd'hui nous nous bornerons à faire l'application de nos idées à la préparation des divers médicamens qui ont pour base le quinquina. Il nous faudra d'abord discuter les formules trop nombreuses proposées jusqu'ici pour chacun d'eux, peser leur valeur relative, la démontrer même par des expériences que nous croyons décisives. Nous chercherons moins à inno-

(1) Le terrage du sucre, que nous avons omis de citer dans notre premier mémoire, est fondé sur la propriété du déplacement exact des liquides l'un par l'autre. Il en est de même du lessivage des matériaux salpêtrés.

(1) Quelquefois il arrive que faute d'obtenir le poids du véhicule employé, ou même la quantité nécessaire pour les opérations qui doivent suivre, on se voit forcé de les compléter avec de l'eau nouvelle, tandis qu'on abandonne dans le résidu une portion notable de la liqueur concentrée : cet inconvénient peut être évité dans la plupart des cas, par l'application de notre nouvelle méthode.

ver qu'à choisir, mais à choisir à coup sûr et de manière à faire partager notre conviction. En réduisant ainsi les procédés à leur plus simple expression, à leur expression mathématique, nous espérons avancer l'époque où l'unité dans la préparation pourra s'établir, résultat bien désirable et bien peu atteint jusqu'à ce jour.

Du Quinquina.

Le quinquina, introduit en Europe en 1632, le fut en France en 1679, sous le règne de Louis XIV et par ses soins; cependant il n'en est pas fait mention dans la Pharmacopée de Lemery, publiée en 1698, ce qui prouve que l'usage de cette écorce était encore peu répandu, ou qu'elle était mal connue. On ne l'employait d'ailleurs à cette époque que sous une seule forme, la plus simple, c'est-à-dire en poudre.

Le voyage de La Condamine dans l'Amérique méridionale, exécuté en 1730, ne tarda pas à mettre le quinquina en vogue. Ce savant en rapporta divers échantillons qu'il présenta en 1738 à l'Académie des Sciences, c'est de là que le quinquina gris (*cinchona condaminea*), qu'il décrivit le premier avec soin, et qui fut long-temps employé de préférence à tout autre, a pris son nom. Peu d'années après parut le Codex de 1748, qui nous offre des formules pour le sirop de quinquina à l'eau, au vin, pour l'extrait, le vin, la décoction concentrée de quinquina.

Ces préparations se retrouvent décrites toujours avec quelques modifications dans la Pharmacopée de Charas de 1753, dans la Chimie de Lémery revue et publiée par Baron en 1756, et elles se sont perpétuées jusqu'à nos jours, plus nettement appreciées et méthodiquement établies par Baumé, dont les ouvrages doivent toujours être consultés par ceux qui s'efforcent de bien pratiquer la pharmacie. Le Codex de 1818 le reproduisit avec moins de succès; et les nombreux formulaires contemporains, parmi lesquels nous citerons l'un des plus récens, celui de MM. Henry et Guibourt, rapportent l'une ou l'autre de ces diverses formules, souvent sans assigner le motif de leur préférence.

Toutes ces préparations ont pour but essentiel et important d'enlever au quinquina ses principes actifs plus ou moins solubles, au moyen de dissolvans appropriés, tels que l'eau, le vin, l'alcool, afin de les séparer des parties ligneuses, bien plus abondantes que les autres. L'administration en devint par-là plus facile et moins rebutante, soit qu'on concentre sa puissance sous un moindre volume, comme dans l'extrait, soit qu'on l'associe au sucre, comme dans le sirop, soit qu'on l'étende dans l'eau ou dans le vin. Ces médicamens, qui diffèrent entre eux comme les agens qu'on emploie pour les produire, ont d'ailleurs des applications diverses et spéciales, chacun suivant sa nature et sa puissance. Nous allons passer en revue ces différentes préparations, et chercher à apprécier quelles sont les formules qui remplissent le mieux l'indication à laquelle chacune d'elles est destinée.

Les extraits de quinquina doivent nous occuper d'abord. On conçoit en effet que la connaissance des produits que fournit le quinquina par divers traitemens, nous guidera puissamment pour apprécier et leur valeur, et celle des composés dans lesquels on fait entrer les principes actifs de cette écorce.

Extraits aqueux de quinquina.

Les procédés indiqués pour préparer l'extrait aqueux de quinquina se rapportent à deux modes principaux : la macération à froid, la décoction Mais chacun de ces modes admet une foule de modifications dans le temps de la digestion, dans la quantité du véhicule. Cherchons à voir si ces modifications sont fondées, et à déterminer à quel point il faut s'arrêter.

Nos essais comparatifs ont été tentés tous d'abord sur le quinquina gris (*cinchona condaminea*), adopté dans le Codex comme quinquina officinal. Nous les avons répétés pour la plupart sur le quinquina jaune royal ou calisaya (*cinchona lancifolia*), et nous avons eu la preuve, ainsi qu'on devait le prévoir, que le procédé de déplacement s'applique également bien à toutes les espèces. Chaque opération a été suivie avec le soin qu'on apporte à une analyse,

Extrait de quinquina par macération à froid.

La macération ou la trituration prolongée des poudres dans l'eau froide, procédé proposé par le comte de Lagaraye en 1746, et souvent usité depuis, a pour but d'extraire d'une poudre végétale tout ce qu'elle contient de soluble à froid dans l'eau.

Procédé de Lagaraye. — Lagaraye délaie le quinquina dans quarante parties d'eau en deux fois, et recommande de l'agiter pendant un jour et plus. Nous avons mouillé du quinquina gris d'abord avec les deux tiers de la quantité d'eau prescrite par Lagaraye pour les décanter au bout de vingt-quatre heures, les filtrer et les remplacer par l'autre tiers.

Après un temps égal, la seconde liqueur, séparée par décantation et par l'action de la presse, a été filtrée et évaporée séparément de la première : les deux liqueurs, de couleur ambrée dans l'origine, ont passé au rouge intense par l'action de la chaleur, et n'ont pas tardé à se troubler. Réduites sans bouillir à quelques onces et filtrées après le refroidissement, elles ont laissé sur le filtre un dépôt de couleur lie de vin assez abondant.

L'évaporation achevée au bain-marie sur des assiettes a produit, avec la première liqueur, un extrait rouge, à très-peu près complètement soluble dans l'eau, surtout lorsqu'on favorise la dissolution par une douce chaleur, déliquescent, amer et acide tout à la fois; la seconde liqueur a donné un produit plus coloré, moins déliquescent, moins soluble.

Quatre onces de quinquina gris en poudre demi-fine (1) ont produit :

Première liqueur : cinq gros d'extrait soluble.
Deuxième liqueur : demi-gros d'extrait incomplètement soluble.

En tout cinq gros et demi ou un peu plus du sixième du quinquina employé, c'est exactement la moyenne des résultats obtenus par Baumé sur des quantités d'écorce beaucoup plus considérables.

Procédé du Codex. — Les rédacteurs du Codex, pensant que la quantité d'eau prescrite par Lagaraye était beaucoup trop considérable, l'ont ré-

(1) Les poudres que l'on destine à de semblables opérations peuvent être faites au moulin : on les obtient, par ce moyen, égales et pas trop fines.

duite de manière à ce qu'elle ne fût plus égale qu'à dix fois le poids du quinquina. Ils conseillent deux macérations de douze heures chacune, d'abord avec six parties d'eau, puis avec quatre parties.

Nous avons traité quatre onces du même quinquina par ce nouveau procédé, et évaporé séparément les produits liquides : le premier s'est légèrement troublé, le second s'est coloré en rouge et s'est troublé davantage. Filtrés, ils ont fourni un extrait peu coloré, soluble en totalité dans l'eau, surtout à l'aide de la chaleur, déliquescent, astringent, amer et acide tout à la fois dans les proportions suivantes :

Première liqueur : deux gros et demi d'extrait sec.
Deuxième liqueur : un gros et demi d'extrait sec.

En tout quatre gros ou un huitième du poids de l'écorce.

Cet extrait est moins coloré que celui de Lagaraye, sans doute parce qu'il subit moins long-temps l'action du feu, et parce que l'eau employée en bien plus petite proportion a moins d'action sur la matière colorante. D'ailleurs il s'en rapproche beaucoup par les propriétés, la saveur en est également très-prononcée, mais la quantité en est inférieure; voyons si cela tient au mode d'opération.

Quatre onces de quinquina gris, en suivant la formule du Codex, demandent, pour la première macération, une livre et demie d'eau froide. On en retire par décantation quatorze onces et demie, si l'on évite l'emploi d'étoffes capables d'absorber une portion de la liqueur. Par l'addition d'une nouvelle livre d'eau, la poudre se trouve mouillée par une livre neuf onces et demie. Cette fois, après la macération convenable, force est de passer avec expression, et même de mettre à la presse pour perdre le moins possible de la liqueur. On en recueille ainsi une livre deux onces et demie, ce qui, joint à la première quantité, fait deux livres une once. La poudre et les linges en conservent donc sept onces et même sept onces et demie, si l'on déduit du premier produit la quantité d'extrait qui y est dissoute. Or, la poudre seule en retient six onces. Les linges en absorbent donc d'une once à une once et demie. Ces sept onces et demie de liqueur sont aussi saturées que celle de la seconde macération, puisqu'elles en faisaient partie, il y a donc perte de la proportion d'extrait correspondante, le calcul l'indique de 43 grains pour la totalité ou de 35 grains pour six onces.

Rien n'était plus simple que de vérifier ce résultat, il suffisait de placer le résidu sur un entonnoir après l'avoir imprégné d'une once d'eau pour l'en saturer, et de déplacer par sept onces d'eau celle qui était retenue par la poudre. Nous avons obtenu par cette manipulation 36 grains d'extrait sec semblable au précédent.

Voilà donc un des vices de ce procédé ; il existe aussi dans celui de Lagaraye; mais il y devient presque nul à cause de la grande proportion d'eau qu'on emploie. En résumé, le procédé du Codex était capable de produire 4 gros 43 grains d'extrait; mais il n'en produit que 4 gros lorsqu'on n'y applique pas la méthode de déplacement.

Méthode de déplacemens successifs. — Notre but, en examinant les questions qui se rattachent aux préparations de quinquina, n'a pas été seulement de montrer comment la méthode de déplacement peut y être appliquée avec succès, mais aussi de contrôler, au moyen de cette méthode tout analytique, les procédés usités et de les soumettre à une discussion approfondie qui permît de reporter sur d'autres produits les observations auxquelles elle donnera naissance.

Ainsi nous avons voulu voir si les quantités d'eau, si le temps de macération exigés dans ces opérations étaient ou non convenables, enfin si cette macération était nécessaire, et nous nous sommes adressés avec intention à l'un de ces corps, que l'on considère comme difficiles à attaquer au moyen de l'eau ; nous avons aussi cherché à vérifier quelques questions controversées, par exemple celle de savoir si l'eau froide enlève plus ou moins de principes solubles aux substances sur lesquelles on la fait agir que ne le ferait l'eau chaude. Toutes ces données pouvaient nous être fournies par notre nouveau procédé, d'une part en rendant les déplacemens successifs, de l'autre en opérant d'une manière continue.

Pour déterminer d'abord quelle est la quantité d'eau strictement nécessaire, il suffisait de mouiller sur l'entonnoir du quinquina en poudre demi-fine par le double de son poids d'eau, de déplacer au bout de douze heures par une égale quantité d'eau, et ainsi de suite jusqu'à ce que nous eussions obtenu une quantité d'extrait égale ou supérieure à celle qui est fournie par le procédé du Codex ou même par celui de Lagaraye.

Quatre onces de quinquina gris lavées en cinq fois par deux livres et demie d'eau, et maintenues douze heures en contact avec l'eau nouvelle après chaque déplacement, ont fourni les produits suivans :

1re liqueur. . . trois gros quarante-huit gr. d'extrait sec.
2e liqueur. . . soixante-cinq grains.
3e. liqueur . . quinze grains.
4e liqueur . . neuf grains.
5e liqueur. . . sept grains.

En résumé cinq gros un grain, ou du sixième au septième du quinquina que nous avons traité.

Le premier produit était déliquescent; le second moins que celui-ci, et ainsi de suite; tous deux avaient une saveur astringente, très-amère, acide, les autres étaient amers ; la cinquième liqueur s'est troublée pendant l'évaporation.

On voit donc que la somme de ces produits est plus considérable que celle des produits fournis par le procédé du Codex, et nous n'avons pourtant employé qu'une quantité d'eau égale. On voit encore que les deux premières liqueurs amères, résultant de l'emploi d'une seule livre d'eau, ont donné autant d'extrait que l'on en obtient au moyen des deux livres et demie d'eau, prescrite par le Codex.

Il reste à établir si le temps employé à la macération est indispensable. Rien de plus aisé à vérifier en opérant le lavage d'une manière continue et sans macération préalable.

Méthode de déplacement continu.—Versons donc sur le quinquina légèrement tassé dans un entonnoir huit parties d'eau froide, de manière à en recueillir d'abord quatre parties que nous évaporerons séparément des deux parties qui s'écouleront ensuite, la poudre en retenant d'ailleurs deux parties. La première liqueur paraîtra très-chargée, la seconde beaucoup moins ; aussi présenteront-elles des diffé-

rences énormes dans la quantité de leurs produits. En opérant sur quatre onces de quinquina gris avec deux livres d'eau, on obtient :

De la première livre de liqueur. . 5 gros d'extrait sec.
De la demi-livre suivante. . . . . 24 grains d'ext. sec.

En tout 5 gros 24 grains (1), ou le sixième environ du quinquina employé.

Cet extrait déliquescent, soluble en totalité, astringent, très-amer, acide, est, chose remarquable, à quelques grains près, égal en quantité à ce qu'on retire par le procédé de Lagaraye, celui de tous qui en a fourni la plus forte proportion, mais en employant une dose d'eau sept fois plus considérable. Cette expérience prouve donc à la fois, d'une manière irrécusable, l'inutilité d'une forte proportion d'eau pour préparer le sel de Lagaraye aussi bien que celle d'une plus ou moins longue macération.

Quelle simplicité ne résulte-t-il pas aussi de là pour sa préparation, et quelle garantie pour la bonne qualité du produit qui subit aussi peu d'altération que possible (2).

Les résultats de cette expérience remarquable, qui doit être féconde en applications, sont très-importans pour la discussion des autres préparations de quinquina; mais, avant d'y arriver, nous avons encore quelques expériences à faire pour épuiser le sujet et pour réunir tous les élémens nécessaires à cette discussion.

Ainsi nous avons dû répéter cet essai sur le quinquina jaune pour connaître s'il se comporte comme le quinquina gris : il était également nécessaire de déterminer exactement la quantité d'extrait que fournit la décoction du quinquina gris dans l'eau.

Les résultats, offerts par le quinquina jaune traité par le procédé de déplacement continu, viennent confirmer d'une manière bien positive ceux qui précèdent. Ainsi de quatre onces de quinquina jaune royal lavées par déplacement continu au moyen de six parties d'eau ou une livre et demie, on obtient :

De la 1re liv. 3 gros moins 10 gr. d'extr. sec.
De la demi-livre suivante. 9 à 10 grains (3).

En tout 3 gros ou du dixième au onzième du quinquina.

De ce résultat et du précédent nous pouvons, ce nous semble, sans avoir besoin d'autres expériences, tirer cette conséquence que la liqueur qui résulte du lavage d'une poudre par le procédé de déplacement est également saturée, soit qu'elle s'écoule sans pression étrangère, soit qu'elle traverse la poudre sous une pression plus ou moins considérable : nous voyons en effet que, dans un cas comme dans l'autre, elle est autant chargée que possible.

La longueur du trajet de la liqueur au travers de la poudre est le véritable moyen de la saturer : la pression n'y contribue en rien (1), aussi un récipient alongé, un entonnoir étroit et cylindrique dans sa partie supérieure est-il le véritable appareil à employer, et les résultats que nous avons énoncés seraient sans doute plus tranchés encore, si nous nous fussions servis pour les produire d'un vase de cette forme au lieu d'un simple entonnoir évasé, ce qui a rendu nécessairement le contact plus multiplié, et le déplacement moins exact.

Extrait du quinquina par décoction.

Le procédé indiqué par le *Codex* de 1818 réduit la quantité d'eau prescrite par le précédent de 32 parties à 10; ce qui peut être un inconvénient quand on opère par décoction : il a en outre le défaut de ne pas extraire tout ce que l'on pourrait obtenir avec les mêmes quantités, mais par une manipulation différente. La perte dépasse un neuvième du produit obtenu. En opérant avec tout le soin nécessaire sur 4 onces de quinquina gris de bonne qualité, on obtient 6 gros d'un extrait pilulaire incomplètement soluble. Ce produit desséché pour être amené à l'état d'extrait sec, perd un quart de son poids, ce qui le réduit à 4 gros et demi; mais l'on pourrait recueillir encore une portion du produit perdu dans le résidu soumis à la presse, en déplaçant, comme nous l'avons fait plus haut, la liqueur qu'il retient. Ce résidu, ainsi traité, fournit encore 36 grains d'extrait sec, soluble, peu coloré, et en donnerait 44 à 45 grains, si l'on tenait compte de la liqueur perdue ou absorbée par l'étoffe qui a servi pour l'exprimer.

En résumé, la décoction du quinquina dans 10 parties d'eau est capable de fournir 5 gros 8 grains d'extrait sec, ou du sixième au septième du poids du quinquina; mais elle n'en donne que 4 gros 36 grains, ou le septième par la méthode usitée jusqu'à ce jour. Ces quantités sont inférieures à celles que nous a fournies une moindre proportion d'eau froide appliquée par déplacement continu; elles se réduiraient encore si l'on isolait la partie insoluble de l'extrait préparé par décoction.

Cette expérience, répétée plusieurs fois, a constamment donné des résultats semblables. Elle confirme le fait curieux annoncé par Cadet de Vaux (2), et contesté depuis par MM. Baget, Blondeau et Guibourt, que l'eau froide enlève au quinquina plus de principes que l'eau bouillante, du moins dans les limites prescrites par le Codex.

On sera peu surpris, d'après ces résultats et ceux qui précèdent, si nous déclarons que le sirop de quinquina fait par décoction, d'après le procédé du Codex, nous a paru moins amer et moins chargé de principes actifs que celui qui est fait à froid et ex-

(1) Un autre quinquina gris, de moins belle apparence que celui-ci, ne nous a fourni par le même procédé que 4 gros d'extrait sec. Un troisième échantillon inférieur encore n'en a donné que 3 gros.

(2) Il est inutile sans doute de faire observer que lorsqu'on prépare l'extrait sec, il faut réunir les liqueurs qu'ici nous avons dû évaporer séparément.

(3) La méthode de déplacement continu doit offrir un excellent procédé d'analyse, toutes les fois qu'il faut enlever à une substance les principes solubles qu'elle peut céder à un ou à plusieurs liquides : c'est même le seul moyen d'arriver à une analyse exacte. Elle peut offrir un moyen rapide de déterminer la valeur comparative de divers quinquinas.

(1) Si l'on s'adressait à des corps difficilement attaquables, et que l'on voulût prolonger ce trajet sans employer des appareils de dimensions trop considérables, il suffirait de diviser la poudre dans plusieurs vases et de faire passer la liqueur sur chacun d'eux successivement, comme dans le lessivage des matériaux salpêtrés.

(2) Journal de Pharmacie, tom. IX, pag. 283.

temporairement au moyen du procédé de déplacement continu (1).

Sirop de quinquina à l'eau.

On trouve, dans les formulaires français ou étrangers, diverses formules pour la préparation du sirop de quinquina à l'eau, qui se rapportent aux trois modes suivans, la décoction, l'infusion, la macération à froid.

Les Codex de 1748 et de 1818 prescrivent la décoction, leurs formules ne diffèrent que par la proportion d'eau, qui est de 32 fois le poids du quinquina dans l'ancien Codex, et de 10 fois dans le nouveau. MM. Henry et Guibourt adoptent l'infusion et une proportion d'eau de 8 parties, ce qui revient au même que dans le procédé du nouveau Codex, comme nous le verrons tout à l'heure. Baumé conseille la macération à froid, mais il emploie une quantité d'eau plus considérable, 16 fois le poids du quinquina. Les formules des Codex semblent fondées sur l'opinion que le sirop est d'autant plus chargé de principes actifs qu'il est plus trouble; et dans ce cas la formule qui prescrit la plus grande proportion d'eau l'emporte nécessairement sur l'autre; MM. Henry et Guibourt paraissent avoir eu pour but d'entraîner le plus possible les principes actifs par une infusion prolongée, tout en cherchant à obtenir un sirop limpide: Baumé veut arriver au même but en employant une plus grande proportion d'eau froide.

On ne saurait nier que l'aspect agréable d'un produit n'ait réellement quelque valeur. Sous ce rapport, le sirop par infusion (2), sans être d'une limpidité parfaite, aurait l'avantage sur celui qui résulte de la décoction, mais ce n'est pas là toutefois le point essentiel, et la limpidité du produit doit sans doute passer après son activité. Quand nous n'aurions pour décider cette question d'autre guide que la saveur, et dans ce cas il serait assez fidèle, nous donnerions encore une fois l'avantage au sirop fait par infusion, dont l'amertume nous a paru plus prononcée, ce qui dénoterait une plus grande activité. La différence est d'ailleurs peu sensible, et il doit en être ainsi, car les conditions de la préparation de ces sirops ne sont pas très-différentes. Le plus grand défaut, de l'une comme de l'autre méthode, est de ne pas utiliser tous les matériaux qu'on emploie, et de déterminer une perte qui s'élève au moins au quart du produit, ainsi qu'il est facile de le démontrer. Le Codex prescrit de faire bouillir pendant un quart d'heure le quinquina dans une quantité d'eau égale à 10 fois son poids, et dans un vase couvert. L'évaporation réduit toutefois la quantité du véhicule d'un cinquième ou de 10 parties à 8. On passe avec expression, et l'on n'obtient que 6 parties ou les trois quarts de la liqueur qui mouille la poudre; l'autre quart étant retenu, soit par la poudre, soit par l'étoffe qui sert à exprimer.

MM. Henry et Guibourt, qui prescrivent l'infusion prolongée dans 8 parties d'eau, se placent exactement dans les mêmes circonstances, et n'utilisent que les trois quarts de leur produit. Il est clair d'ailleurs que cette perte peut varier avec chaque opération nouvelle. Elle dépendra toujours de la relation qui existera entre le produit exprimé et la liqueur retenue par la poudre.

Sans rien modifier à l'une ou l'autre de ces formules, on pourrait aisément tout recueillir; il suffirait, comme nous l'avons indiqué, de jeter la poudre sur un entonnoir au lieu de l'exprimer, et de déplacer la liqueur qui la mouille par une affusion d'eau convenable; le sirop deviendrait par-là plus actif dans la proportion de 4 à 3; mais il est une manière d'opérer très-simple, très-rapide et très-exacte à la fois: c'est d'employer l'eau froide comme Baumé, mais d'appliquer la méthode de déplacement continu. Le but que l'on se propose dans la préparation du sirop du quinquina à l'eau devant être d'autant mieux atteint, qu'on aura plus complètement mis à profit les principes amers ou astringens de cette écorce, qui peuvent être retenus en dissolution par l'eau froide, le procédé suivant, fondé sur nos précédens résultats, nous paraît réaliser toutes ces conditions, et l'emporter sur ceux que nous venons de citer.

Prenez: Quinquina en poudre très-fine six onces ou une partie et demie.

Placez-le dans un récipient étroit, alongé et terminé inférieurement comme un entonnoir: tassez-le à mesure que vous le versez, en frappant légèrement sur les parois du vase, placez à quelques lignes au-dessus de la surface du quinquina un disque percé de petits trous, et versez de suite sur ce disque.

Eau froide trois livres douze onces (1) ou 15 parties.

Recueillez la liqueur ambrée qui s'écoulera par l'orifice inférieur, et dont la quantité s'élèvera à. . . . . .

. . . . . trois livres ou 12 parties.

La poudre en retenant environ. . . . . .

. . . . . douze onces ou 3 parties.

(1) On nous objectera sans doute qu'une analyse comparée des produits peut seule trancher la question: cette épreuve pourra être décisive dans cette circonstance, au moins relativement au quinquina jaune, car la quinine paraît être vraiment l'expression la plus simple, quoique les probabilités fussent toutes en notre faveur, nous eussions cherché à faire subir dès aujourd'hui cette épreuve à nos idées; nous tarderons peu à en faire l'expérience; mais ces essais nous eussent emporté trop loin dans un travail essentiellement destiné à mettre en action la méthode de déplacement, en l'appliquant à des composés anciens et déterminés. Dans beaucoup de cas, nous serons même tentés de décliner la valeur de la méthode analytique pour apprécier des médicamens complexes et faciles à dénaturer, surtout lorsqu'il sont puisés dans le règne organique.

(2) Il est à remarquer que l'infusion de couleur ambrée lorsqu'on la filtre, se colore en rouge foncé par l'ébullition au moment où l'on concentre le sirop.

(1) Nous conservons à dessein les dosages en livres, onces et gros comme moyen de comparaison plus facile entre les formules anciennes et les nouvelles; l'indication en parties repond d'ailleurs à tous les besoins.

Faites fondre dans cette liqueur, à une douce chaleur,

Sucre blanc en morceaux. . deux livres ou huit parties.

Portez le sirop au bouillon pour l'amener à . . . . .

. . . . . trois livres ou douze parties.

ou bien à 30° bouillant. Passez.

Ce sirop sera clair, presque incolore, et plus amer que ceux dont nous venons de discuter la préparation.

Sirop de quinquina au vin.

L'application des mêmes principes permet de préparer avec une extrême facilité le sirop de quinquina au vin, le vin de quinquina, etc. Rien de plus simple que l'idée fondamentale de ces préparations, rien de plus compliqué que leur exécution actuelle.

Il semble naturel, par exemple, d'admettre qu'en préparant les sirops de quinquina à l'eau, au vin, et le vin de quinquina lui-même, on ait eu pour but de produire des médicamens dont la seule différence fût basée sur la différence de puissance dissolvante de ces divers agens et sur celle de leurs propriétés particulières, les relations entre la quantité du véhicule et celle du quinquina restant les mêmes. Les formulaires, loin de présenter cet ensemble et cette régularité, prescrivent en général, pour chacune de ces préparations, des doses variées, et là comme partout, en général, ils ne s'accordent même pas avec eux-mêmes. Ce n'est pas tout : voulant mieux faire et produire un vin de quinquina aussi chargé que possible, tout en cherchant à perdre le moins possible du produit, on a diminué la quantité du quinquina, et augmenté au contraire l'action dissolvante du vin en le rendant plus alcoolique. Le Codex de 1818 prescrit, par exemple, d'employer une partie d'alcool à 30° pour six parties de vin, ce qui est énorme. Ce n'est plus là du vin de quinquina, mais déjà une teinture alcoolique : cette apparente amélioration le dénature.

Pour le sirop au vin, la difficulté devenait plus sérieuse encore : le quinquina retenant, comme nous l'avons dit, à peu près son poids de liqueur lorsqu'on le soumet à l'action d'une presse ordinaire, et la quantité de liqueur nécessaire pour préparer le sirop étant peu considérable, on aurait perdu trop de vin si l'on eût mouillé la dose de poudre de quinquina nécessaire pour faire un sirop suffisamment actif. On n'a donc employé qu'une faible proportion de quinquina, et l'on a remplacé celle qui manque par de l'extrait aqueux préparé à l'avance, complication tout-à-fait inutile. Tous ces embarras disparaissent par l'emploi de la méthode de déplacement.

Baumé s'est tiré de cette difficulté en employant une assez grande quantité de vin par rapport au quinquina, et en formant un sirop peu concentré qui ne marque que 30° lorsqu'il est froid. Toutefois il perd encore un quart au moins du vin employé, et aussi un quart des principes actifs du quinquina qu'il emploie. La formule qu'il a établie est bonne d'ailleurs, comme la plupart de celles qu'il nous a transmises, et mériterait d'être conservée avec la correction suivante :

Prenez : Quinquina en poudre demi-fine. 6 onces ou une partie et demie.
— Vin de France de bonne qualité. 18 onces ou quatre parties et demie.

Versez le vin sur le quinquina placé dans l'appareil *adhoc*, et aussitôt qu'il sera absorbé, déplacez ce qui ne sera pas écoulé par. . . . . .

Eau filtrée. . . . . 12 onces ou trois parties.

de manière à recueillir exactement de. . . . . .

Teinture vineuse. . . . . 20 onces ou cinq parties.

dans laquelle vous dissoudrez à froid. . . . . .

Beau sucre blanc en morceaux. . 28 onces ou sept parties.

Pour obtenir de sirop marquant 32° B. à froid. . .

. . . . . 48 onces (3 livres) ou douze parties.

Ainsi préparé, le sirop de quinquina au vin est un excellent produit. Toutefois nous avons cherché à utiliser plus complètement encore l'écorce destinée à cette opération, en nous rapprochant de la formule du Codex de 1748, qui prescrit de concentrer du sirop de quinquina à l'eau et de le décuire avec du vin de quinquina; mais, comme nous pouvons sans perte soumettre de suite à l'action du vin la totalité du quinquina destiné au sirop, l'opération réunie en une seule devient, par une disposition très-simple, plus exacte et plus rapide. La proportion du quinquina employée par Baumé étant au produit en sirop celle que nous avons adoptée pour le sirop à l'eau avec le plus grand nombre des formulaires, deux onces de quinquina par livre de sirop, nous adopterons également pour le sirop de quinquina au vin, pour le vin de quinquina, les mêmes doses pour les mêmes poids de chacun de ces prodnits, et nous ramènerons chaque formule à ne plus contenir que ses élémens naturels, le quinquina, le sucre, l'eau, le vin.

Voici cette formule qui nous semble donner un produit un peu supérieur au précédent.

Prenez : Quinquina en poudre demi-fine. 4 onces ou une partie.
— Vin 9 onces ou deux parties un quart.

Versez le vin sur le quinquina placé dans l'entonnoir alongé; lorsqu'il sera absorbé, déplacez-le par

Eau. . . . . 20 onces ou cinq parties.

de manière à recueillir d'abord :

Teinture vineuse. . . . . 8 onces ou deux parties,
Puis teinture aqueuse. . . . 12 onces ou trois parties,

avec cette eau, et avec. . . . . .

Sucre blanc. . . . . 20 onces ou 5 parties,

faites un sirop concentré que vous amènerez à peser.

. . . . . 24 onces (fort) ou six parties (fort)

Et décuisez-le, lorsqu'il sera presque froid, avec les deux parties de teinture vineuse, ce qui l'amènera à peser. . .

2 livres ou huit parties. . . . . .

Ce sirop vineux refroidi marquera comme le précédent, 32° à l'aréomètre de Baumé. Il est très-amer, transparent; sa couleur est le rouge peu foncé.

Vin de quinquina.

Rien de plus simple que cette préparation d'après nos observations nouvelles.

On prendra :

R. Quinquina en poudre demi-fine. 4 onces ou une partie.
— Vin (1) d'Espagne. 2 livres ou huit parties.

On versera le vin sur le quinquina légèrement tassé, en frappant sur les parois de l'entonnoir alongé destiné à le contenir, et, aussitôt que l'écoulement s'arrêtera, on ajoutera avec précaution de l'eau pour déplacer le vin qui mouille la poudre, jusqu'à ce qu'il ait passé exactement deux livres de produit.

Les avantages de ce procédé sur l'ancien sont nombreux. Il permet d'obtenir un vin plus chargé, tout en augmentant le produit d'un tiers ou d'un quart; il est rapide, ce qui est essentiel, si l'on veut éviter l'altération du vin; ce mode donne immédiatement un produit limpide, ce qui dispense de le filtrer, et rend inutile l'expression du résidu; circonstances qui prolongent d'une manière fâcheuse le contact du vin et de l'air.

Teinture alcoolique de quinquina.

L'étude de cette teinture, en y appliquant la méthode nouvelle, nous présentait d'autant plus d'intérêt qu'elle se lie à celle des extraits hydro-alcooliques.

Il fallait d'abord déterminer les doses réciproques d'alcool et d'écorce, le degré aréométrique de l'alcool. L'ancien Codex indique d'employer une partie de poudre de quinquina pour trois d'alcool rectifié; Baumé ne propose aucune formule particulière; le nouveau Codex exige une partie d'écorce pour quatre d'alcool à 22° de Baumé; enfin, MM. Henry, et Guibourt conseillent une partie de quinquina pour huit d'alcool à 22°, tous indiquent une digestion plus ou moins prolongée à chaud ou à froid; on voit ici comme ailleurs la variation continuelle des formules; la réduction de la dose d'écorce dans ces dernières est fondée plus que jamais sans doute dans cette circonstance sur les pertes énormes que l'absorption de l'esprit par la poudre entraîne nécessairement. Cette perte s'élève, dans le premier cas, à un tiers au moins du produit, en suivant les manipulations ordinaires.

(1) Pour préparer le sirop de quinquina au vin, on peut employer de bon vin de France, le produit qui en résulte a toutes les conditions de bonne qualité ou de conservation nécessaires; mais le vin de quinquina qui est employé par petites fractions s'altérerait trop rapidement lorsque les bouteilles restent entamées, s'il était préparé avec un vin moins alcoolique que ceux d'Espagne, ou que les vins cuits de France; nous préférons à tous, les vins de Madère ou de Kérès.

Quoique notre méthode mette tout-à-fait à l'abri de cet inconvénient grave, nous ne nous sommes pas fixés à la formule de l'ancien Codex, mais bien à celle du Codex de 1818, qui introduit dans la teinture de quinquina une proportion d'écorce exactement double de celle qui est prescrite pour les préparations de quinquina que nous avons déjà passées en revue. Il est bon toutefois de savoir qu'on pourrait au besoin doubler extemporanément sa force sur une prescription spéciale.

Ainsi nous avons traité par déplacement continu:

Quinquina gris (1). . . . 4 onces ou une partie.
Par alcool à 22°. . . une livre ou quatre parties.

Les premières portions de la liqueur qui s'écoulait à la base de l'entonnoir étaient noires, de consistance sirupeuse, d'une saveur excessivement amère; celles qui suivaient perdaient successivement de la couleur et de l'amertume; enfin, les dernières portions étaient presque sans saveur, autre que celle de l'alcool. Le quinquina retenait six onces de liqueur spiritueuse, qui, déplacées facilement par une égale quantité d'eau et réunies à la première teinture, ont été évaporées avec elle. Le tout a produit 6 gros 40 grains d'extrait sec non déliquescent, ou un peu plus du cinquième du quinquina, quantité bien supérieure à celle qui nous a été fournie par l'action de l'eau seule (4 gros pour 4 onces). Le résidu n'a plus cédé à l'eau que quelques grains de matière. Le quinquina gris qui a servi à nos premières expériences aurait sans doute cédé à l'alcool une quantité d'extrait plus considérable encore, puisque l'eau seule avait fourni à peu près autant de produit que l'a fait l'alcool avec la nouvelle écorce.

Pour nous assurer si le degré de l'alcool était assez élevé pour dissoudre tout ce que le quinquina peut abandonner de soluble dans ce véhicule, et convenable en même temps pour enlever les parties solubles dans l'eau, nous avons répété ces opérations avec de l'alcool à 30°, et nous n'avons obtenu qu'une augmentation insignifiante sur la quantité d'extrait, en y comprenant même quelques grains de plus de matière soluble à l'eau qui restent dans le résidu.

L'une et l'autre teinture laissent déposer au bout de quelques jours une matière jaunâtre peu abondante, qui est moindre dans la teinture à 30° que dans l'autre; toutefois cette différence et celle qui existe dans le produit de chacune d'elles réduites en extrait, sont assez petites pour justifier l'emploi d'une liqueur de 22° seulement, et nous semblent prouver qu'un degré plus élevé n'aurait aucune importance à moins peut-être de l'élever beaucoup au delà.

Les mêmes essais, répétés sur le quinquina jaune, ont donné lieu aux mêmes observations, et nous ont fourni l'occasion de remarquer de nouveau combien est grande la facilité avec laquelle les principes solubles d'une poudre sont entraînés par le liquide qui la traverse, puisque les premiers produits fractionnés, lorsqu'ils sont égaux en poids à la moitié seulement de la poudre, semblent en avoir tout entraîné; ils sont noirs, épais et d'une saveur excessivement prononcée. Ce qui s'écoule ensuite

(1) Ce quinquina gris est celui de la seconde qualité qui ne nous a fourni qu'un gros d'extrait sec aqueux par once d'écorce. Le bon quinquina gris est rare à Paris en ce moment.

diminue de qualité dans une progression tellement rapide, que lorsque deux parties de liqueur ont traversé la poudre, celles qui suivent semblent n'avoir plus rien trouvé à dissoudre et passent presqu'incolores et sans amertume.

Quatre onces de quinquina jaune, que nous avons traitées par l'alcool à 22°, ont d'ailleurs fourni exactement 6 gros d'extrait sec hydro-alcoolique non déliquescent, c'est-à-dire le double de la quantité que l'on peut obtenir de la même écorce au moyen de l'eau : c'est presque le cinquième du quinquina employé.

Les 8 onces d'eau qui avaient servi à chasser l'alcool retenu par la poudre, déplacées à leur tour, n'ont donné que 10 grains d'extrait sec. L'alcool à 30° enlève au quinquina jaune quelques grains de plus que l'alcool à 22° de matières insolubles à l'eau et quelques grains de moins de matières qui y sont solubles. Les résultats d'ailleurs, comme dans le premier cas, diffèrent trop peu des premiers pour mériter la préférence.

Ces extraits hydro-alcooliques ne paraissent-ils pas au premier abord devoir offrir l'ensemble le plus complet et plus efficace de toutes les parties actives du quinquina, puisqu'ils entraînent et celles que l'eau peut dissoudre au moyen des acides, et celles dont elle ne peut se charger que par son association avec l'alcool. C'est là d'ailleurs ce qu'on semblerait en droit de conclure de la saveur excessivement prononcée de la teinture, et cependant nous avons éprouvé quelque étonnement en trouvant les extraits que l'on retire de l'évaporation de ces teintures alcooliques beaucoup moins amers que ceux qui résultent de l'action de l'eau. L'alcool, en doublant la quantité d'extrait, introduirait-il plus de parties inertes ou sans saveur prononcée que de matière amère, c'est ce qui a lieu sans doute? mais ce fait ne suffirait pas pour expliquer cette différence remarquable. Elle doit tenir en outre à quelque réaction particulière de l'alcool sur les élémens de l'extrait dont il serait bon de tenir compte, sur l'acide par exemple, qu'il masquerait en partie, peut-être, en s'y combinant, et cet acide, ne favorisant plus autant la dissolution des bases végétales, cesserait d'exalter leur saveur.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les extraits hydro-alcooliques, médicamens nouveaux que l'on a préconisés comme supérieurs aux anciens, en se fondant sur des idées neuves, mais incomplètes, ne doivent pas l'être d'une manière générale, mais seulement dans quelques cas exceptionnels; et les extraits produits par l'action de l'eau froide pourront, dans beaucoup de cas, conserver sur eux l'avantage. L'action de l'eau froide sur les matières végétales, que nous ne pouvons nous procurer qu'à l'état sec, ne tend-elle pas d'ailleurs à reproduire en quelque sorte les sucs végétaux, véritables types, vrais modèles dont nous devons chercher à nous rapprocher, toutes les fois que nous voulons préparer les extraits des différentes parties d'une plante.

Dans ce cas particulier, l'extrait produit au moyen du lavage du quinquina par l'eau froide (le sel essentiel de Lagary), qui contient une proportion très-notable de cinchonine ou de quinine dissoute dans l'acide quinique, nous semble avoir quelque supériorité sur l'extrait hydro-alcoolique, au moins à poids égal, et sa réputation, qui fut immense et long-temps incontestée, était plus méritée peut-être qu'on ne le suppose généralement aujourd'hui.

Décoction, infusion, macération de quinquina dans l'eau.

Ces diverses préparations, souvent prescrites dans les formules magistrales, doivent être remplacées avec tout avantage par le lavage du quinquina au moyen de l'eau froide et de la méthode de déplacement continu. Il en résultera une facilité, une promptitude très-grandes d'exécution, un produit très-actif, parfaitement limpide et peu coloré. La décoction du quinquina dans l'eau prescrite pour boisson, n'offre jamais d'ailleurs qu'un médicament rebutant, parce qu'il est toujours trouble. Filtrer cette liqueur épaisse est comme l'on sait une opération longue et sans résultat avantageux, car elle passe trouble, et se trouble ensuite de plus en plus. Le quinquina, lavé à l'eau froide, donne au contraire immédiatement un produit qui peut se conserver vingt-quatre heures sans altération.

Nous ne pouvons terminer cette discussion sans placer ici quelques considérations sur la nature du quinquina que l'on doit employer, et sur la valeur des produits qui en résultent.

Le quinquina gris (cinchona condaminea) fut la première espèce importée d'Amérique et long-temps la seule : aussi devint-il nécessairement officinal, et fut-il la base unique des formules adoptées dans les anciens formulaires. Plus tard, d'autres espèces furent introduites et obtinrent plus ou moins de faveur, souvent en raison de la facilité plus ou moins grande avec laquelle on pouvait se les procurer, ou des qualités supérieures qu'on leur supposait et qui les faisaient préconiser : ce qu'il y a de certain, c'est que les divers quinquinas agissent en général dans le même sens et peuvent être employés presque tous dans les mêmes circonstances avec plus ou moins de succès. Cependant, l'attention a été plus spécialement attirée depuis quelques années sur le quinquina jaune (1) calisaya (cinchona lancifolia), surtout depuis la découverte de la quinine qui s'y trouve en proportion beaucoup plus considérable que dans la plupart des autres espèces; déjà même son amertume très prononcée l'avait fait distinguer et préférer par quelques praticiens. Toutefois l'expérience a prouvé que si la quinine est le principe le plus puissamment fébrifuge que contiennent les quinquinas, la cinchonine fourni par le quinquina condaminea possède aussi des propriétés fort actives, mais si le quinquina jaune, sous un même poids, fournit plus de quinine que le gris de cinchonine, d'un autre côté la quantité d'extrait aqueux fournie par le quinquina gris est presque double de l'autre, et les corps accessoires ne sont sans doute pas inertes.

Sans trancher la question de préférence entre ces

(1) Il existe une troisième espèce de quinquina qui est fort estimée, mais peu usitée sans doute à cause de son prix élevé.

C'est le quinquina rouge (*cinchona oblongifolia*); voici comment MM. Pelletier et Caventou s'expriment à son sujet, *Journ. de Pharm.*, tom. VII, pag. 91.

« Nous avons obtenu du quinquina rouge de la cinchonine parfaitement cristalisée; mais elle était en quantité trois fois plus forte pour un poids donné des deux écorces. »

« Le quinquina rouge contient en outre de la quinine dont la quantité est double en poids de celle qui est fournie par une égale quantité de quinquina jaune. »

deux espèces, nous nous croyons fondés à établir la distinction suivante :

Toutes les fois que l'on voudra employer un médicament sûr et puissant, les préparations qui auront pour base le quinquina jaune nous semblent devoir mériter la préférence Toutes les fois que l'on aura affaire à des constitutions délicates, ou que l'on recherchera simplement un tonique doux, ou que l'on redoutera la trop énergique saveur du quinquina jaune, il sera préférable de recourir au quinquina gris; ce dernier a sur l'autre l'avantage d'une amertume beaucoup moins prononcée, sans que son efficacité semble diminuée dans la même proportion. Il serait donc très important que les médecins spécifiassent leur intention sous ce point de vue, et il deviendrait d'autant plus facile d'exécuter leurs prescriptions, que l'une quelconque de ces préparations peut être exécutée aisément au moyen du déplacement dans l'espace d'une ou deux heures : toutes d'ailleurs sont dignes de l'attention des praticiens à un haut degré. Trop négligées en général dans ces dernières années, elles n'en ont pas moins rendu d'éminens services aux médecins, qu'une longue et saine expérience a mis en garde contre l'abus des innovations, et qui savent mettre à profit les progrès de la science, sans écarter d'une manière absolue les moyens auxquels ils ont dû des succès dans une foule de circonstances.

Quinine. — L'application de la méthode de déplacement à l'extraction de la quinine, soit pour le lessivage du quinquina par une eau acidule, soit pour l'extraction de la quinine du précipité calcaire résultant des opérations subséquentes, nous paraît l'une des plus importantes qui découlent de ce mémoire; nous l'avons essayée avec succès. Ainsi, par exemple, quatre à cinq livres d'eau animée d'un cinquantième d'acide hydrochlorique ont dépouillé complétement de quinine une livre de quinquina calisaya. Les deux premières livres de liqueur déplacée contenaient presque la totalité de la quinine, le reste n'était que faiblement amer, et le résidu ne conservait aucune saveur.

Nous avons enlevé également la quinine au précipité calcaire recueilli et desséché, en le mouillant d'abord avec de l'alcool chaud, et en procédant ensuite au déplacement dans un appareil couvert, d'abord par une quantité suffisante d'alcool, ensuite par de l'eau pour retirer la portion d'alcool qui reste ordinairement et se perd dans le résidu. Cette opération réussit plus facilement, à cause de la ténuité de la matière, en la mêlant avec une certaine proportion de sable lavé ou de charbon animal en poudre grossière qui opère déjà la décoloration. L'immense avantage de cette application se trouve dans l'économie de cette partie de l'alcool encore chargé de quinine que retiennent les résidus. Cette perte représente une valeur considérable dans la fabrication en grand du sulfate de quinine.

Nous voulions donner ici des notions précises sur l'extraction de la quinine en lui appliquant le nouveau mode; mais des essais nombreux que nous avons entrepris eussent retardé la publication de ce mémoire, déjà long et volumineux, malgré nos efforts pour le restreindre. Nous aurons d'ailleurs mille occasions de revenir sur un sujet qui nous paraît si fertile en applications. Citer celles qui se présentent en foule à l'esprit serait beaucoup trop restreindre la question. Aussi les indiquerons-nous seulement à mesure que nous pourrons appuyer nos prévisions d'expériences concluantes.

Par ces mêmes motifs, nous ne traiterons pas encore ici des teintures éthérées qui ont dû attirer immédiatement l'attention des praticiens, à cause de la valeur du véhicule qui leur sert de base et de la perte que fait éprouver leur préparation. Dans la dernière séance de la Société de pharmacie, M. Soubeiran a annoncé qu'il avait fait une heureuse application de notre procédé à la teinture éthérée de digitale. Nous avons trouvé ce résultat tout naturel, et annoncé qu'il était déjà réalisé pour nous. Nous avons même atteint ce but plus complétement encore que notre confrère, et retiré à un vingtième près la quantité d'éther employé. Nous reviendrons sur cet objet dans ses applications étendues à l'analyse végétale.

Conclusion.

Il résulte des faits et des discussions exposés dans ce mémoire et dans celui qui le précède :

Sous le rapport des procédés mécaniques et des méthodes :

1° Que le filtre-presse de M. Réal, appareil considéré comme le seul qui permette d'obtenir, avec de petites proportions d'eau, une quantité d'extrait supérieur à celle qui est fournie par d'autres méthodes, ne doit pas sa supériorité à la haute pression, mais à ce qu'il permet d'extraire jusqu'à la dernière goutte la liqueur qui mouille une poudre, et par conséquent de recueillir la totalité des produits.

2° Que la presse est incapable de produire ce résultat, quelle que soit la quantité d'eau qu'on emploie.

3° Que la colonne d'eau élevée, proposée par M. Réal pour agir sur la poudre, n'a d'autre effet que de rendre l'appareil peu susceptible d'applications.

4° Que si l'on verse, sur une poudre saturée d'eau et placée sur un entonnoir, une nouvelle quantité de ce liquide, sans ajouter aucune pression particulière, la seconde liqueur chasse la première sans s'y mêler, et s'y substitue jusqu'à la dernière goutte, aussi bien que dans le filtre-presse

5° Que tous les liquides se déplacent mutuellement, quelle que soit leur densité relative, en offrant toutefois dans leur action mutuelle des différences qui resultent de leur nature réciproque.

6° Que le filtre-Réal, moins la pression, n'est autre chose que la cafetière à la Dubelloy, appareil simple qui atteint parfaitement le but qu'il se propose, sauf quelques modifications dans la forme.

7° Que cet appareil doit être pris pour modèle dans les opérations de laboratoire ou des arts, et que les pharmaciens en particulier tireront de son emploi des avantages certains, soit qu'ils le prennent tel qu'il est, ou mieux, qu'ils l'imitent avec de simples entonnoirs étroits, cylindriques supérieurement, coniques à la base, pourvus de robinets, et posés sur des récipiens convenables, en faisant varier les dispositions et la capacité, suivant la nature des liquides à recueillir.

8° Que le déplacement immédiat et continu, appliqué à de faibles quantités de liqueurs, devra être généralement adopté dans ce genre d'opérations; car les premiers produits sont excessivement concentrés, et la force de ceux qui suivent décroît dans une proportion extrêmement rapide.

Relativement au quinquina et à ses préparations :

1° Que le quinquina abandonne une plus grande quantité de principes solubles à l'eau froide qu'à l'eau bouillante dans les limites du Codex actuel.

2° Que 6 parties d'eau froide peuvent enlever à cette écorce tout ce qu'elle peut céder à cet agent, et qu'on n'obtient pas plus de produit en employant 10 parties d'eau, comme le prescrit le Codex, ou 40, comme le veut Lagaraye.

3° Que le quinquina gris, de bonne qualité, fournit par l'action de l'eau un sixième de son poids d'extrait sec soluble; et le quinquina jaune, du dixième au onzième du sien, d'un extrait sec qui se dissout plus difficilement.

4° Qu'une macération préalable, ainsi que le prescrivent tous les formulaires, est complétement inutile; et qu'on obtient immédiatement la totalité du produit en lavant le quinquina par déplacement continu, ce qui est vrai sans doute pour le plus grand nombre des substances.

5° Que les procédés indiqués dans la plupart des formulaires ont le grave inconvénient d'occasioner une perte plus ou moins considérable, qui varie en raison de la quantité d'eau employée, et qui ne peut être évitée que par l'emploi de la méthode de déplacement, la seule qui fournisse un procédé vraiment analytique.

6° Que le sirop de quinquina à l'eau doit, par suite de ces faits mêmes, être plus chargé de parties actives, lorsqu'il est fait au moyen du lavage extemporané du quinquina à froid, que lorsqu'on traite l'écorce par la décoction ou l'infusion, d'après le procédé du Codex de 1818 ou celui qui est proposé par MM. Henry et Guibourt.

7° Que la décoction donne d'ailleurs un sirop très-coloré, trouble, et le lavage à froid un sirop limpide et presque sans couleur.

8° Que les formules suivies pour la préparation du sirop de quinquina au vin entraînent des pertes considérables, ou donnent un produit doué de peu d'activité.

9° Qu'on peut obtenir un sirop de quinquina au vin, très chargé, au moyen de la méthode de déplacement continu, appliquée soit au procédé de Baumé, soit à celui du Codex de 1748.

10° Qu'il serait important de préparer, dans les mêmes proportions et d'une manière uniforme, les sirops de quinquina à l'eau, au vin et le vin de quinquina, c'est-à-dire à raison de deux onces de quinquina par livre de produit, et d'après les formules, pour ainsi dire mathématiques, qui sont basées sur la méthode de déplacement.

11° Que la teinture de quinquina, préparée par le procédé du Codex, donne une perte d'un quart dans les produits.

12° Que ce motif sans doute a engagé quelques praticiens à réduire la dose du quinquina prescrite par le Codex, mais à tort, puisqu'on peut obtenir la totalité du produit par la méthode de déplacement.

13° Que l'alcool à 22° est le plus convenable pour préparer la teinture de quinquina.

14° Que les extraits hydro-alcooliques de quinquina, jaune ou gris, beaucoup plus abondans que les extraits aqueux fournis par la même dose d'écorce, sont beaucoup moins amers que ceux-ci, et sans doute aussi moins actifs à poids égaux.

15° Que les extraits aqueux faits à froid par la méthode de déplacement continu, particulièrement le sel essentiel de Lagaraye, sont d'excellens produits, peut-être trop négligés.

16° Que la décoction, l'infusion ou la macération de quinquina doivent être remplacées par le lavage du quinquina à l'eau froide, en suivant la méthode de déplacement continu.

17° Qu'il importerait que les médecins spécifiassent dans leurs formules s'ils veulent le quinquina gris ou le jaune; et qu'il serait facile de les satisfaire immédiatement, puisque l'une quelconque de ces préparations peut être exécutée de toutes pièces en moins de deux heures.

18°. Que la méthode de déplacement sera d'une application très-importante pour l'extraction de la quinine, et pourra être appliquée à beaucoup d'autres produits, pour lesquels de nouvelles expériences deviennent nécessaires, en offrant l'occasion d'établir leurs formules sur des bases plus exactes.

Note sur la composition de l'acide subérique; par M. A. Bussy.

Les seules analyses qui existent de l'acide subérique sont celle que j'en fis en 1822, et une analyse plus récente de Brandes, qui diffère essentiellement de la mienne. Mon travail m'avait conduit à donner pour l'acide subérique la formule suivante: $C^4 O^2 H^6$ (1), qui correspond à la composition :

Carbone.	56,29
Oxigène.	6,89
Hydrogène. . . .	36,82
	100,00

L'analyse de M. Brandes (2) lui a donné au contraire :

Carbone.	36,52
Oxigène.	47,11
Hydrogène. . . .	16,37
	100,00

Une semblable différence appelait nécessairement de nouvelles recherches. Celles auxquelles je me suis livré m'ont fourni un résultat qui diffère très peu de celui que j'avais obtenu il y a onze ans, et je suis porté à croire que l'énorme différence qui se fait remarquer entre les résultats de M. Brandes et les miens (différence qui est en dehors de toutes les limites des erreurs possibles, même avec les appareils les moins perfectionnés), tient à ce que nous n'avons sans doute pas opéré sur la même substance.

Afin de mettre les chimistes à même de juger la question, je rappellerai le mode de préparation et quelques-uns des caractères de l'acide que j'ai analysé. J'ai suivi, pour le préparer, le procédé indiqué dans tous les ouvrages, et tel qu'il se trouve décrit dans celui de M. Berzélius, t. VI, p. 374. L'acide obtenu par ce procédé est blanc, entièrement soluble dans l'eau, d'une saveur faiblement acide, entrant en fusion à 124 degrés centigrades, se prenant en masse cristalline par le refroidissement. Lorsque l'on décante la portion liquide avant que le refroidissement soit complet, ou lorsque, par l'effet seul de la contraction, il se produit une cavité intérieure, on la trouve tapissée de cristaux aiguillés brillans, groupés sur toutes sortes d'incidences. Cette fusion de l'acide a lieu à 124 degrés;

(1) Journal de Pharmacie, tom. VIII, pag. 110.
(2) Berzélius, tom. VI, pag. 375.

et je dois faire observer que dans l'ouvrage de M. Berzélius il est dit (probablement par erreur typographique) que l'acide fond à 54 degrés et commence à se solidifier à 52.

A une température supérieure à 124 degrés, l'acide répand des vapeurs légères, une odeur piquante, et se sublime. Cet acide est semblable à celui que j'avais analysé en 1822, quoique je n'eusse pas déterminé à cette époque son degré de fusion et sa propriété de se volatiliser. Lorsqu'après l'avoir desséché exactement à 100 degrés on le fond à 124, il ne perd rien de son poids; mis dans une cornue et chauffé à l'ébullition, il distille à la manière des acides gras ordinaires. Lorsque l'acide n'est pas très-pur, et qu'il est coloré en jaune, les premières portions distillées le sont ordinairement en rose sale, le produit qui vient après est tout-à-fait blanc, et les dernières portions sont toujours impures et colorées en jaune par des produits étrangers, surtout par cette matière jaune qui se forme sur la fin de la distillation de toutes les matières grasses. Lorsque l'acide employé est blanc et pur, il ne laisse qu'un léger résidu charbonneux, et l'on obtient un produit distillé presque égal en poids à la matière employée; cela n'est vrai toutefois que lorsqu'on opère sur de petites quantités, 5 ou 6 grammes par exemple; car, avec des quantités plus considérables, la perte est proportionnellement plus forte. La matière, distillée d'abord parfaitement limpide et transparente, se prend par le refroidissement, en une masse cristalline, qui conserve une légère odeur empyreumatique. Au reste, cet acide se dissout à chaud dans l'eau et dans l'alcool, d'où il se précipite en partie par le refroidissement, et possède toutes les autres propriétés qui sont détaillées dans l'ouvrage cité de M. Berzélius.

L'acide subérique que j'ai employé a toujours été purifié par distillation, je me suis servi pour l'analyser de l'appareil de M. Liébig, décrit dans le 47e. vol. des Ann. de chimie.

Cinq analyses ont donné les résultats suivans :

	Matière analysée.	Acide carb.	Eau.
	gr.	gr.	
1re.	1	2,017	0,716
2e.	0,500	1,009	0,360
3e.	0,500	1,029	0,376
4e.	0,500	1,010	0,363
5e.	0,430	0,867	0,308

qui donnent en centièmes pour la composition de l'acide :

	1re. expérience.	2e.	3e.	4e.	5e.
Carbone.	55,774	55,8	56,4	55,85	55,74
Hydrogène.	7,945	8,0	8,3	8,05	7,96
Oxigène.	36,281	36,2	35,3	36,10	36,30
	100,000				

Si l'on fait abstraction de la troisième expérience, qui s'éloigne sensiblement des quatre autres, ces dernières présentent un accord très satisfaisant relativement au carbone.

L'hydrogène présente des différences, mais qui sont aussi restreintes dans des limites assez rapprochées. La moyenne des quatre analyses ci-dessus, en déduisant la troisième, donne :

Carbone.	55,791
Hydrogène.	7,98
Oxigène.	36,229

Pour vérifier si l'acide analysé était hydraté, je l'ai chauffé dans une petite capsule en verre, très profonde avec de l'oxide de plomb et de l'eau, j'ai opéré sur 3 grammes d'acide et 6 grammes de litharge bien pure, et, réduite en poudre fine, j'ajoutais à ce mélange une suffisante quantité d'eau pour en faire une bouillie très claire. Ce mélange était ensuite placé dans un bain d'huile à une température de 110 à 112 degrés, en ayant soin d'ajouter de l'eau à plusieurs reprises, de manière à lui conserver pendant trois quarts d'heure au moins cette consistance molle, après quoi le mélange était desséché complétement. En opérant sur 3 gr. d'acide, j'ai obtenu dans trois expériences les pertes de poids suivantes, 0gr.297 0gr.300 0,310, c'est-à-dire que l'acide aurait perdu 9,9,10 et 10,3, ou qu'il contiendrait, d'après ces expériences, un peu plus de 10 pour 100 d'eau ou 10,08.

J'avais essayé de chauffer directement l'oxide de plomb avec l'acide subérique; mais, comme ce dernier ne fond qu'à 124 degrés, il faut maintenir long-temps le mélange à une haute température, et l'on a toujours à craindre de volatiliser ou d'altérer une portion de l'acide; néanmoins, soit que la combinaison ne s'opère pas bien quand il n'y a pas d'eau, soit pour tout autre motif, la perte de poids que j'ai obtenue de cette manière a toujours été variable et inférieure à 10 pour 100.

Pour connaître le poids atomique de l'acide subérique, j'ai préparé du subérate de plomb en versant dans une dissolution d'acide subérique faite avec 4 gram. d'acide, et eau 500 grammes, une dissolution d'acétate de plomb tri-basique ajoutée goutte à goutte jusqu'à ce qu'il ne s'y formât plus de précipité. Le précipité, après avoir été lavé convenablement et desséché à 100 degrés, a été analysé par la combustion.

0gr.5 de subérate de plomb ont été décomposés dans un verre de montre à la température de la flamme de l'esprit-de-vin, et de manière à éviter autant que possible la volatilisation du plomb; le résidu, composé de plomb et d'oxide, a été pesé, puis traité par l'acide acétique pour enlever l'oxide; le plomb restant a été pesé de nouveau.

Trois expériences faites de cette manière ont donné :

	Plomb métallique.	Oxide.	Total d'oxide.
1re. expérience.	188	91	0,293
2e.	169	110	0,292
3e.	180	98	0,292

Il résulte de là que 500 de subérate de plomb contiennent 207,6 d'acide et 292,4 d'oxide, ou que 1394,5 d'oxide se combinent à 986,7 d'acide, et que le poids atomique de l'acide subérique serait de 986,7.

J'ai préparé également du subérate d'argent en décomposant du nitrate d'argent par du subérate de potasse fait directement en versant de la potasse dans de l'acide subérique dissous, jusqu'à ce que la dissolution ne donnât plus de réaction au papier de tournesol. Ce subérate d'argent desséché se colore au contact de la lumière.

Décomposé par la chaleur dans un verre de montre, 0gr.5 ont donné dans trois expériences : argent

métallique, 0,277, 0,278, 0,277 d'argent, ce qui donne pour terme moyen 277,4 d'argent ou 297,93 d'oxide pour 202,07 d'acide subérique, d'où l'on voit qu'un atome d'oxide d'argent ou 1451,6 sature 984,6, qui représenterait dans ce cas le poids de l'atome d'acide, en calculant sa composition d'après l'analyse des deux sels précédens mais particulièrement d'après celle du sel de plomb que je regarde comme plus concluante, on trouve la formule $O^3 C^8 H^{12}$, qui donne pour poids de l'atome 986,373, et pour la composition en centième de l'acide sec.

Carbone.	61,99
Hydrogène.	7,59
Oxigène.	30,42

La formule de l'acide hydraté serait alors

$$O^4 C^8 H^{14} = 1098,86.$$

Sa composition en centièmes serait;

Carbone.	55,66
Hydrogène.	7,95
Oxigène.	36,40

Et l'acide hydraté en se combinant au plomb, perdrait 112,48 ou 10,23 pour cent.

Il est facile de voir que tous ces nombres satisfont aux expériences.

L'analyse directe du subérate de plomb m'a donné pour moyenne de trois expériences la composition suivante pour l'acide sec.

Carbone.	61,90
Hydrogène.	7,67
Oxigène.	30,43

L'analyse directe de l'acide hydraté donne :

Carbone.	55,791
Hydrogène.	7,98
Oxigène.	36,229

Le poids atomique d'après l'analyse du sel de plomb est 986,7, enfin lorsqu'on combine directement l'acide avec l'oxide de plomb, l'expérience donne une perte de 10,08 d'eau et la théorie 10,23.

Cette composition de l'acide subérique le rapproche des acide gras, particulièrement de ceux qui sont volatils. Il est remarquable en effet que les acides phocénique, butérique, caprique, caproïque contiennent tous 3 atomes d'oxigène. L'acide butirique d'après M. Chevreul et formé de $O^3 C^8 H^{11}$, de sorte que la seule différence avec l'acide subérique consisterait dans un atome d'hydrogène de plus que renfermerait ce dernier, cette différence paraîtra bien faible si l'on a égard surtout aux incertitudes que présente toujours la détermination de l'hydrogène.

De l'arrow-root, de ses variétés dans le commerce, de sa falsification et des moyens de la reconnaître.

(EXTRAIT.)

Thèse soutenue à l'École de Pharmacie, le 15 juin 1833, par J.-M. STONLY-WALSH, ex-élève interne de l'Hôtel-Dieu.

On comprend, sous le nom d'arrow-root, la fécule des racines tubéreuses de plusieurs plantes monocotylédones de la famille des Aroïdées et des Amomées, telles sont le Maranta arundinacea, le Maranta indica, le Curcuma angustifolia. Le Tacca pinnatifida, de la famille des Narcissées, fournit aussi une fécule blanche et onctueuse au toucher que les Anglais préfèrent à celle du Maranta.

Dans le commerce l'arrow-root est souvent mêlé avec des farines de riz, de froment, de gruau, et plus souvent encore avec de la fécule de pomme-de-terre ; mais c'est surtout la farine de cassave (moussache) qu'on lui substitue le plus fréquemment.

Les farines de riz, de gruau, de froment, se distinguent de l'arrow-root par le principe azoté qu'elles contiennent, et les produits amoniacaux qu'elles fournissent à la distillation. Mais la fécule de pomme-de-terre et la farine de cassave se confondant avec l'arrow-root sous ce point de vue, et ces trois substances présentant d'ailleurs la plus grande analogie entre elles, il a fallu les soumettre à des comparaisons multipliées pour en signaler les différences.

Il a été reconnu, par cet examen, que la fécule de pomme-de-terre est insoluble dans l'eau à froid, tandis que la farine de cassave, et surtout l'arrow-root, s'y dissolvent sensiblement.

Les gelées obtenues avec des proportions égales d'eau bouillante de chacune et de ces trois matières sont inégalement épaisses, la farine de cassave fournit la moins consistante, vient ensuite celle de l'arrow-root, et en dernier lieu la gelée d'amidon. L'orge germé liquéfie plus lentement la dernière que les deux autres, la gelée d'arro-wroot se distingue surtout par la facilité avec laquelle elle se fond dans la bouche.

L'arrow-root, pressé dans la main, fait entendre un cri et conserve l'impression du doigt; ces deux caractères manquent à la fécule.

La farine de cassave conserve l'impression du doigt comme l'arrow-root, elle s'en distingue toutefois par une légère odeur et une saveur un peu âcre.

Examiné au microscope, l'arrow-root offre des grains isolés comme ceux de la fécule ; mais, au lieu de présenter comme ces dernières une seule impression circulaire, ils en présentent deux.

F. B.

Essai comparatif entre la manne dite de Briançon et celle du fraxinus excelsior.

Par M. BONASTRE.

Parmi les exsudations spontanées ou autres qui s'observent ordinairement à la surface des arbres à certaines époques de l'année, soit que ces exsuda-

tions proviennent naturellement par la seule force de la végétation, soit qu'au contraire elles soient produites par la piqûre des insectes; une des plus singulières et des plus curieuses est sans contredit la manne de Briançon, recueillie sur le *larix europea*.

Déjà en 1822, (Journal de Pharmacie, tome VIII, page 335), j'avais cherché, conjointement avec feu nos honorables collègues Duponchel et Moringlane, à attirer l'attention de la Société sur cette singulière substance. Nous en fîmes venir alors de Briançon même; on l'avait recueillie sur les mélèzes qui croissent en abondance aux environs de la ville. On sait que ces arbres, à une certaine époque de l'année, sont assez surchargés de cette manne pour qu'on puisse la récolter; mais ce n'est en général que comme objet de curiosité. La quantité de cette substance étant assez minime, ne compense point toujours les frais qu'on est obligé de faire pour se la procurer. D'ailleurs, un suc sucré, tel qu'est celui de la manne de Briançon, peut être facilement remplacé par la manne du frêne, le miel ou le sucre, et comme elle n'est pas non plus d'un usage habituel en médecine, cela nous explique pourquoi elle est tombée dans une espèce d'oubli.

Cependant, comme objet d'histoire naturelle pharmaceutique et médicale, cette substance n'est peut-être pas tout-à-fait à dédaigner, elle présente même quelqu'intérêt. Sa formation sur un arbre de la famille des conifères, qui fournit en abondance de la térébenthine liquide, son apparition prompte à une certaine époque qui n'est pas tout-à-fait déterminée, et sa disparition subite sous l'influence de quelques réactions solaires ou atmosphériques, en faisait naturellement un sujet propre à être étudié.

Comme il ne m'était pas possible de vérifier sur les lieux mêmes la cause des opinions plus ou moins contradictoires émises à son sujet, j'ai dû nécessairement revenir à un mode d'investigation qui fût plus à ma portée, celui de l'analyse, afin de constater si, à l'aide de dissolvant approprié, j'obtiendrais de cette substance le produit immédiat bien déterminé, inhérent à la manne du frêne, la mannite.

La manne de Briançon, que je possède, date déjà de l'année 1822. Elle est en petits fragmens inégaux, seulement un peu lisses, et arrondis à l'une de leurs extrémités : c'est ce qui les a fait comparer à des grains de corriandre, dont ils n'ont au reste ni la sphéréité régulière, ni la dimension. Plusieurs sont traversés en différens sens par des feuilles linéaires du *larix europea*. Dans l'état récent ces fragmens sont secs, leur odeur est presque nulle; dans l'état ancien ils sont mous, et leur odeur ressemble beaucoup à celle de la manne ordinaire. Leur saveur est douce et sucrée, un peu nauséabonde même; leur couleur est blanchâtre ou légèrement jaunâtre. Enfin, il y a une telle analogie dans la couleur, l'odeur et la saveur de la manne du mélèze de Briançon et celle du frêne de la Calabre, qu'on peut s'y méprendre au premier abord, et qu'il ne faut plus être étonné si l'on a désigné les deux substances sous le nom générique de manne.

Examen.

Mon premier objet a été d'essayer comparativement l'action de l'eau froide sur les deux substances.

Je fis choix de l'une des plus belles larmes de manne de Briançon de ma collection; elle était encore traversée par une feuille du mélèze, ce qui lui donnait une certaine authenticité; son poids était de 4 grains; je la mis en contact avec six fois son poids d'eau froide dans un petit verre à expérience. Je les laissai ainsi pendant quelques heures. Température, 15 degrés au-dessus de zéro.

J'opérai exactement dans les mêmes conditions avec la manne en larmes et la manne en sorte ordinaire. Après quelques heures de contact, je remarquai que ces deux dernières avaient été dissoutes, seulement la manne en sorte avait laissé un faible résidu ou dépôt de nature terreuse.

Mais les choses se passèrent bien différemment avec la manne de Briançon; il n'y eut, à ce que j'observai d'abord, qu'une certaine quantité de cette manne de dissoute, c'est-à-dire la portion de matière sucrée soluble, car la solution, en se concentrant, prenait de plus en plus une saveur sucrée. Mais ce qui me parut le plus singulier, et établissait dans cette partie de l'analyse une différence réelle, fut de remarquer à la surface de la solution une certaine agglomération comme spongieuse, qui, à la simple vue, me parut formée de petits filamens cétacés, d'un gris sale, comme de petites toiles d'araignée; en sorte qu'en ajoutant un peu d'eau et agitant le verre, on voyait s'en détacher des petits corps organisés comme seraient par exemple des débris d'insectes d'une très-petite dimension.

Je décantai la première eau, j'en ajoutai de nouvelle, je recommençai cette opération à différentes fois; mais tout fut inutile, l'eau ne dissolvait plus de matière sucrée, et l'agglomération spongieuse restait toujours à la surface.

Je recommençai cette expérience avec de nouveaux fragmens isolés de manne de Briançon, forts ou faibles, traversés ou non traversés par les feuilles du mélèze, et tous ces fragmens présentèrent constamment le même phénomène caractéristique, c'est-à-dire solubilité complète de la matière sucrée dans l'eau, insolubilité de la matière spongieuse dans le même véhicule. La manne de Briançon différait donc essentiellement de la manne de Calabre par la présence de cette matière spongieuse insoluble dans l'eau.

Une fois fixé sur la non-identité de deux mannes, et, d'après les doutes qui s'élevèrent dans mon esprit sur la singulière organisation de ce dernier produit, j'abandonnai les expériences comparatives avec la manne de Calabre, pour les porter sur la manne de Briançon seule.

L'alcool à froid ne paraît point avoir une action bien sensible sur elle, il n'en dissout que quelques atomes; la viscosité du produit sucré est probablement cause de ce peu d'action.

L'alcool bouillant en dissout davantage que l'alcool à froid, et, dans cette circonstance, il l'éclate, la blanchit, en fait sortir une quantité innombrable de petites parcelles blanchâtres, qui se déposent par le refroidissement; ces parcelles ne sont autre chose que la matière viscoso-sucrée insoluble dans ce véhicule, car si l'on décante avec soin l'alcool, et que l'on verse de l'eau distillée sur le dépôt, celui-ci se dissout complétement en très peu d'instans.

Les diverses portions de fragmens sur lesquels l'alcool avait agi, et qui n'avaient point été dissoutes, avaient néanmoins augmenté de volume; en

les examinant avec soin, il était facile de s'apercevoir qu'elles formaient une espèce de réseau ou petites cellules, d'où l'alcool bouillant avait fait sortir, en les concrétant, les petites parcelles de matière saccharine ou viscoso-sucrée; car quelques-unes de ces petites parcelles étaient encore nichées dans cette sorte de réseau cellulaire.

Si l'on soumet ce réseau, ainsi préalablement traité, à l'action de la chaleur, il se boursouffle considérablement, et donne d'abord une odeur de caramel, ensuite une petite portion se fond comme une matière oléagineuse, mais celle-ci se redissout dans l'eau. Si l'on continue la chaleur, la matière se charbonne, noircit, donne beaucoup de vapeurs, qui cependant ne présentent point au moins ostensiblement l'odeur des substances animales.

Ces expériences tendent à prouver que la manne de Briançon n'est point tout-à-fait de même nature que celle de Calabre, ni probablement produite de la même manière. Que si cette dernière découle par les incisions faites à diverses espèces de frêne, la manne de Briançon serait, au contraire, produite par la piqûre de petits insectes, tels que le *coccus mannifer*, qui se rencontrent sur plusieurs tamarisques du Levant.

Au surplus, cette dernière partie de l'opération a besoin de confirmation. Ce n'est encore qu'une opinion qui m'offre, je l'avoue, les plus grandes probabilités, mais qui n'a pas, dans mon opinion, toute la certitude désirable. Je ne connais guère de réactif chimique qui puisse lever cette incertitude; c'est je pense le cas, ou jamais, de transporter, comme l'a dit M. Raspail, le laboratoire de chimie sur le porte-objet d'un microscope, de faire, en un mot, de la chimie organique microscopique. Ce sera le sujet d'un second mémoire.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

RÉDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

AOUT, 1833.

RECHERCHES

Sur l'acide lactique, présentées à l'Academie royale des Sciences, le 17 juin 1833; par MM. Gay-Lussac fils et Pelouze.

EXTRAIT.

Les principaux travaux publiés sur l'acide lactique, depuis la découverte que Scheéle en fit en 1780, sont dus à MM. Braconnot et Berzélius. Le premier décrivit, sous le nom d'acide nancéique, un acide qu'il retira de l'eau de riz et du suc de betteraves fermentés; il le combina avec un grand nombre d'oxides, et les sels qu'il en obtint ne lui ayant pas paru offrir les mêmes caractères que ceux que Scheéle avait assignés aux lactates, il ne soupçonna pas entre cet acide et l'acide lactique une identité qui fut reconnue plus tard. Bouillon-Lagrange et Gmelin avaient cru que l'acide lactique était de l'acide acétique impur. Berzélius l'étudia avec l'idée que l'acide l'actique pourrait bien être un acide composé, analogue à lacide sulfovinique, dans lequel l'acide acétique serait combiné à une matière organique jouant le même rôle que le gaz oléifiant dans les sulfo-vinates. Par suite de ses expériences, il modifia sa première opinion, et fut porté à croire que ce qu'on nomme acide lactique pourrait bien n'être qu'un mélange de deux acides ayant de la ressemblance l'un avec l'autre, mais donnant cependant des sels différens.

Tel était l'état de la question lorsque MM. Gay-Lussac fils et Pelouze se sont livrés à l'étude de cet acide. Leur premier soin, afin d'éviter les causes d'erreurs si communes dans les analyses organiques, où l'on n'agit souvent que sur des quantités très-minimes, a été de trouver un moyen de se procurer l'acide de manière à l'avoir constamment identique et en quantité suffisante; ils y sont parvenus en opérant de la manière suivante sur plusieurs centaines de livres de suc de betteraves. On abandonne ce suc à lui-même dans une étuve dont la température est maintenue de 25 à 30°. Au bout de quelques jours, un mouvement tumultueux, connu sous le nom de fermentation visqueuse, se manifeste dans toute la masse; du gaz hydrogène, mêlé de gaz hydrogène carboné, se dégage en grande abondance. Quand ce liquide a repris sa fluidité première, et que la fermentation est terminée, ce qui arrive ordinairement au bout de deux mois, on évapore jusqu'à consistance de sirop : on remarque alors que toute la masse est traversée d'une multitude de cristaux de mannite, qui, lavés avec de petites quantités d'eau froide et comprimée, sont de la plus grande pureté. La masse contient en outre un sucre qui présente toutes les propriétés du sucre de raisin.

En partant de ce principe, ces deux chimistes remarquent que, par la fermentation qui s'opère du jus de betteraves, le sucre de canne semble se convertir en sucre de raisin : les proportions de ce dernier augmentent à mesure que la fermentation se prolonge. Le produit de l'évaporation étant traité par l'alcool, ce menstrue dissout l'acide lactique, et laisse précipiter beaucoup de matières qui n'ont pas été examinées. L'extrait alcoolique est repris par l'eau qui laisse un nouveau dépôt. La liqueur est ensuite saturée par du carbonate de zinc, d'où résulte une précipitation plus abondante encore que les précédentes. Après concentration, le lactate de zinc cristallise; on le recueille et on le fait chauffer avec de l'eau en y ajoutant du charbon animal préparé à l'acide hydrochlorique. On filtre bouillant, et le lactate de zinc se sépare en cristaux d'une blancheur parfaite; on les lave encore avec de l'alcool bouillant, dans lequel ils sont insolubles. En les traitant ensuite et successivement par la baryte et l'acide sulfurique, on en retire l'acide lactique, que l'on concentre dans le vide. En l'agitant enfin avec de l'éther sulfurique qui le dissout, on en sépare quelques traces de matière floconneuse. Cet acide ainsi obtenu est incolore; s'il ne l'est pas, ce qui n'arrive que lorsqu'on opère sur les dernieres cristallisations du lactate du zinc, on le convertit en lactate de chaux que l'on fait bouillir dans l'eau avec du charbon animal purifié. Le sel cristallisé qu'on obtient est traité ensuite par l'alcool bouillant qui le dissout, puis on le reprend par l'eau, et on le décompose par l'acide oxalique. L'acide lactique est alors blanc.

Une grande quantité de lait abandonné long-temps à la fermentation, et traité de la même manière, a

N.

fourni à MM. Gay-Lussac fils et Pelouze un acide et des sels qui, dans leur composition et leurs propriétés, n'ont offert aucune différence avec ceux obtenus du suc de betteraves. M. Corriot a reconnu récemment qu'une infusion aqueuse de noix vomique, après avoir fermenté pendant quelques jours, laisse déposer du lactate de chaux, qui n'a besoin que d'être traité sucessivement par l'eau et l'alcool pour acquérir une blancheur parfaite. Ce sel forme le 0,2 ou 0,3 de la noix vomique, où l'on trouve également du lactate de magnésie. L'acide de ces deux sels a été reconnu par ces deux chimistes comme identique avec celui qu'ils ont extrait du lait, du riz et du suc de betteraves.

L'acide lactique pur et concentré dans le vide jusqu'à ce qu'il ne perde plus d'eau, offre un liquide incolore, d'une consistance sirupeuse, dont le poids spécial à 20°,5 est de 1,215; il est inodore et d'une saveur très-acide; il attire l'humidité de l'air, est soluble en toutes proportions dans l'eau et l'alcool, et moins soluble dans l'éther, par l'ébullition, l'acide nitrique concentré le convertit en acide oxalique; versé dans le lait bouillant en très-petite quantité, il le coagule sur-le-champ; sur le lait froid, il n'y a pas d'effet sensible; à faible dose, il coagule aussi l'albumine; il dissout rapidement le phosphate de chaux des os; par l'ébullition, avec une solution d'acétate de potasse, il en dégage de l'acide acétique; versé dans une solution concentrée d'acétate de zinc, il y forme un précipité de lactate de ce dernier. On obtient de même du lactate d'argent en faisant réagir du lactate de potasse sur de l'acétate d'argent.

L'acide lactique ne trouble point les eaux de baryte, de chaux, ni de strontiane; lorsqu'on le chauffe graduellement et avec précaution, sa fluidité augmente d'abord; il se colore bientôt après, et donne (outre du gaz inflammable, du vinaigre et du charbon) une grande quantité de matière blanche concrète, d'une saveur acide et amère, qui, exprimée entre plusieurs doubles de papier joseph, et débarrassée ainsi d'une matière odorante qui l'accompagne, est soluble en très-forte proportion dans l'alcool bouillant, d'où elle se précipite, par le refroidissement, sous forme de tablettes rhomboïdales d'une blancheur éclatante. Elle offre de plus les caractères suivans : odeur nulle; saveur acide, mais plus faible que celle de l'acide lactique, ce qui tient à son peu de solubilité; fusible à 107°; entrant en ébullition à 250° c., en répandant des vapeurs blanches irritantes, qui se condensent, quand elles rencontrent un corps froid, en cristaux semblables aux premiers. Si l'opération est bien faite, tout l'acide se volatilise et sans altération. En se fondant et se sublimant ainsi à plusieurs reprises, les cristaux ne perdent pas la plus faible quantité d'eau.

La tendance à cristalliser de cet acide lactique sublimé est telle, que si on le fond dans un tube de verre, avec quelque rapidité que l'on agite ce tube pour troubler l'arrangement des molécules, on ne peut l'empêcher de contracter des formes cristallines parfaitement nettes. Ces cristaux se dissolvent lentement dans l'eau; leur dissolution ne donne point par l'évaporation des cristaux nouveaux, mais bien un acide sirupeux. Ces deux chimistes soupçonnèrent que la différence d'état de ces deux acides devait être attribuée à de l'eau de combinaison. En effet, leur analyse leur prouva que ces deux acides ne diffèrent que par deux équivalens d'eau qui se trouvent en plus dans l'acide liquide.

L'acide sublimé, mis en contact avec de l'eau, s'y dissout d'abord en très-faible proportion; mais, en le soumettant à une ébullition prolongée, la liqueur prend bientôt une consistance sirupeuse, et son acidité devient très-forte.

L'acide cristallisé et celui qui est sirupeux, obtenus du jus de betteraves, du lait aigri, de l'eau sûre des amidonniers ou de la noix vomique, donnent des sels, dont les propriétés physiques et l'analyse chimique démontrent l'identité. D'après l'analyse de ces sels desséchés, ils représentent la composition anatomique de cet acide comme formé de :

Carbone. . . .	6	équivalens.
Hydrogène . . .	5	
Oxigène. . . .	5	

ou plutôt comme étant représenté par la formule suivante : $C^6 H^4 O^4 + HO$.

L'acide lactique perd un atome d'eau en se combinant avec les bases, tandis que l'acide sublimé en prend un pour former ces sels. Cet équivalent ne peut être chassé par la chaleur. Ainsi, le lactate de zinc qui résiste le mieux à la chaleur n'a rien perdu en poids depuis 120° jusqu'à 245°, où il a commencé à se décomposer.

Il résulte du travail de ces deux chimistes que l'acide lactique peut être obtenu dans un état de pureté, dans lequel il se montre toujours identique; que, soit qu'il contienne deux atomes d'eau, comme lorsqu'il est liquide, qu'il n'en contienne pas, comme lorsqu'il est sublimé, il donne des sels toujours identiques les uns aux autres, et parfaitement bien déterminés; de sorte que tous ces caractères ne permettent point de douter de son existence comme acide unique et défini.

JULIA-FONTENELLE.

ANALYSE.

De l'atropine; par M. J. LIEBIG.

Je me suis servi pour cette analyse d'atropine très-blanche, et séchée à l'air ordinaire.

0,382 grammes de ce corps fournirent, 0,979 grammes d'acide carbonique; et 0,280 grammes d'eau; 0,312 absorbent, 0,059 de gaz acide hydrochlorique sec : d'après cela, 100 parties prennent 18,9.

A l'instant où l'acide fut en contact avec l'atropine, il se fondit, et donna une masse jaunâtre, transparente, très-soluble dans l'eau; qui rougissait le papier de tournesol. Ce sel cristallise par l'évaporation en prismes brillans, groupés en forme d'étoile. Le poids anatomique de l'atropine est, d'après cette recherche, de 2,400.

Calcule-t-on la quantité d'azote qu'elle contient, d'après l'acide hydrochlorique qu'elle absorbe, on obtient, d'après l'analyse faite ci-dessus :

7,519	d'azote,
70,986	de carbone,
8,144	d'eau,
13,351	d'acide.
100,000	

La calcule-t-on d'après le poids anatomique, on trouve dans 100 parties :

2 atomes	d'azote. . . .	177,036	7,55
22	de carbone . .	1681,162	71,68
30	d'hydrogène . .	187,194	7,98
3	d'oxigène. . .	300,000	12,72
		2345,392	

Faute d'atropine pure, on n'a pu faire sur ce corps beaucoup d'expériences; mais il est probable que les chiffres de cette formule ne se trouveraient pas altérés de beaucoup par de nouvelles recherches. Chauffée avec une dissolution alcaline, l'atropine dégage abondamment de l'ammoniaque.

APPLICATION.

De la polarisation circulaire à l'analyse de la végétation des Graminées; par M. Biot.

EXTRAIT.

Les innombrables transformations opérées dans les produits carbonisés par la vie végétale, ont paru à M. Biot offrir un des meilleurs sujets d'étude, pour montrer par l'expérience comment les indications tirées de la polarisation circulaire, peuvent être utilement employées dans les recherches de chimie organique; car les produits, si variés dans leurs apparences et leurs propriétés physiques, étant, dans une infinité de circonstances, uniquement composés de carbone et d'eau unis en diverses proportions, leurs mélanges, leurs combinaisons, leurs transmutations, offraient d'excellentes preuves d'une méthode qui pouvait les distinguer individuellement par leur inspection seule, et reconnaître ainsi leur présence sans les altérer. C'étaient précisément les caractères de première inspection qui manquaient à la chimie organique. On a vu par les communications précédentes de l'auteur, le parti qu'il a tiré de l'épreuve optique, pour reconnaître les singulières modifications qu'éprouve la sève des arbres exogènes dans sa marche ascendante et descendante. Mais la longue durée des arbres exogènes donne une lenteur proportionnée au développement total des phénomènes de leur vitalité. Au contraire, les tiges des graminées, dont l'existence s'accomplit en moins d'un an, offrent, dans ce cercle resserré, toute la série des phénomènes analogues. Ce physicien a choisi dans cette classe le seigle et le blé, pour les suivre dans les diverses phases de leur végétation.

Les recherches des physiologistes et des chimistes sur la germination, nous ont appris ce qui se passe dans les premiers temps qui suivent la naissance de ces plantes. Les globules féculacés, déposés dans le périsperme de la graine, autour de l'embryon, se vident, et la dextrine qu'ils renferment est transformée en sucre qui sert à nourrir la jeune tige, jusqu'à ce que ses organes foliacés et ses racines soient développés. Quand ce premier dépôt d'alimens est épuisé, la jeune plante doit se suffire à elle-même, et s'en procurer d'autres qui contiennent son développement. On n'a point encore déterminé de quelle nature sont ces nouveaux produits alimentaires; quelles modifications ils subissent dans les diverses parties de la plante; enfin comment les diverses parties, les transmettent à l'ovaire fécondé, contribuent successivement à nourrir la semence, et à lui fournir les alimens qui doivent la composer.

Les premiers essais de M. Biot sur le seigle ont été faits le 3 mai 1833, sur de jeunes pousses dont les épis étaient déjà développés, mais encore loin de la floraison. Les racines, les tiges et les épis, ont été traités par l'eau, et les extraits soumis aux épreuves de la polarisation circulaire; puis, les extraits rapprochés, mais non desséchés, ont été traités par l'alcool, et les matières, tant précipitables que non-précipitables, ont été de même soumises à la polarisation. Enfin, les matières, ainsi isolées, ont été mises en contact avec la levure de bière, après quoi leur rotation a été observée de nouveau, pour savoir si elle était diminuée, agrandie ou changée de sens.

L'extrait des racines présente des indices de rotation à gauche, extrêmement faibles. Peut-être cette sorte de neutralité tenait-elle à un mélange de deux sucres de rotation contraire.

L'extrait des tiges contenait un mélange de sucre de raisin tournant à gauche, et de sucre de canne tournant à droite; plus, une matière précipitable par l'alcool, se dissolvant complètement dans l'eau, et tournant à gauche comme la gomme, dont ce sont là autant de caractères. Ces trois substances, primitivement mêlées dans l'extrait, produisaient une résultante de rotation vers la gauche, qui s'affaiblissait beaucoup quand on séparait la matière précipitable au point de faire paraître l'extrait alcoolique presque neutre. Mais, en chassant l'alcool par la chaleur, et mettant le reste de l'extrait en contact avec de la levure de bière, la fermentation s'y établissait vivement, et développait une forte rotation vers la gauche, décelant ainsi le mélange de sucre de raisin non solidifié avec du sucre de canne, qui se dissimulaient mutuellement avant que le dernier eût été précipité. La matière précipitable par l'alcool et tournant à gauche, éprouvait aussi la fermentation alcoolique par la levure de bière, soit que cette faculté lui fût propre, soit qu'elle la dût à la petite quantité de sucre qu'elle pouvait avoir entraînée en se précipitant. Mais la fermentation ne faisait qu'affaiblir sa rotation, sans la changer de sens.

Douze jours plus tard, les épis étant plus développés, mais toujours loin de la floraison, les tiges ont présenté le mélange de ces trois matières; mais la proportion de sucre de canne s'y était augmentée.

L'extrait des épis, fait le 3 mai, présentait des caractères bien différens de l'extrait des tiges. Il ne s'y décelait ni sucre de raisin ni sucre de canne, mais seulement du sucre de fécule que la fermentation affaiblissait sans l'intervertir. L'alcool y formait aussi un précipité autre que celui des tiges, car l'eau n'en dissolvait qu'une très-petite quantité, et ce précipité, vu au microscope, y paraissait uniquement formé par des lambeaux de tissu cellulaire, et des débris de tégumens semblables à ceux qui recouvrent les globules de fécule, sans aucun mélange sensible de matière pulvérulente. Ces résultats s'accordent avec ce qu'a observé M. Raspail, que le péricarpe des céréales, avant la fécondation, est rempli de fécule en grains très-petits, dont la matière soluble est progressivement absorbée par l'ovaire, et sert à le nourrir quand la fécondation est

opérée. Seulement, dit M. Biot, puisque l'extrait des épis, fait antérieurement à cet acte, nous présente ici du sucre de fécule, non de la dextrine, il faut que les globules du péricarpe contiennent ce sucre déjà formé et tout préparé pour être absorbé par le jeune ovaire, ou que ces globules soient accompagnés d'un principe analogue à ce diastase qui les ronge, et transforme leur dextrine en sucre, comme dans la germination.

Après que la fécondation est opérée, la composition des épis est bien différente. Au 15 juin, les jeunes grains de seigle tirés des épis contenaient déjà des grains de fécule formés, visibles au microscope, s'y crevant sous l'influence de l'acide sulfurique, et dégageant une substance soluble dans l'eau, précipitable par l'alcool, qui est la dextrine. On y trouve aussi du sucre de fécule tout formé, dont la fermentation affaiblit la rotation sans l'intervertir. Rien n'y démontre l'existence du sucre de canne ni celui de raisin. Ces deux sucres, ainsi que la gomme qu'on trouve dans les parties foliacées de la plante, changent donc de nature en traversant le collet des épis, et servent de matériaux à la jeune graine, qui en forme la dextrine et les autres produits dont le périsperme est composé. Des expériences analogues ont été faites sur le blé, mais avec quelque changement dans les parties des végétaux : elles ont commencé le 19 mai, sur de jeunes pousses de blé qui n'avaient pas encore fait sortir leur épi. Soupçonnant que les feuilles pourraient être composées autrement que la tige, et être destinées à la nourrir après la fécondation, de même que les feuilles des arbres nourrissent et forment la nouvelle couche d'écorce et d'aubier, l'auteur fit détacher avec soin du chaume cylindrique les feuilles engaînantes qui l'entourent, et il traita ces deux parties séparément par les procédés précédemment décrits, c'est-à-dire par l'eau, l'alcool et la fermentation. Ces tiges ont présenté, comme celles du seigle, trois matières carbonisées : 1° du sucre de raisin tournant à gauche ; 2° du sucre de canne tournant à droite ; 3° une matière précipitable par l'alcool, et tournant à gauche. La proportion relative de ces trois principes a considérablement varié avec les progrès de la végétation. Le 20 mai, leur mélange produisait une résultante de rotation dirigée vers la droite, de sorte que le sucre de canne y dominait. Le 4 juin, les épis étaient sortis de la tige et fleuris ; la résultante des tiges avait passé à gauche, et se maintint toujours dans ce sens ; de sorte que le sucre de canney était devenu moins abondant : aussi verra-t-on tout à l'heure qu'il était alors passé en excès dans les épis.

Les feuilles ont présenté des résultats fort différens de ceux qu'avaient donnés les tiges. Elles contenaient à la vérité un mélange de sucre de raisin, de sucre de canne, et d'une matière précipitable par l'alcool, puis redissoluble dans l'eau ; mais la proportion du sucre de canne y surpassait considérablement celle du sucre de raisin, ce qui est le contraire des tiges. En outre, la matière précipitable, exerçant la rotation à droite, semblait être de la dextrine ; au lieu que dans les tiges elle exerçait la rotation à gauche, et semblait, par le caractère, analogue à la gomme. Les feuilles conservent ce mode de composition tant que leur vitalité subsiste ; mais, quand la fécondation est effectuée, on les voit graduellement jaunir et se dessécher entièrement. Cet effet s'opère d'abord dans les feuilles les plus basses, et dans chacune il commence par la pointe, s'étendant graduellement jusqu'au point d'insertion. Quand il est achevé, si l'on arrache les feuilles jaunies, et qu'on les soumette aux épreuves précitées, on n'y trouve plus que des traces presque insensibles des principes sucrés et de la matière précipitable qui y existait auparavant : d'où il paraît, dit le physicien, qu'à l'époque dont il s'agit, les principes carbonisés passent dans la tige, et servent à l'alimenter, de même que les principes analogues, élaborés par les feuilles des arbres exogènes, redescendent sous l'écorce corticale vivante, et dans les premières couches externes de l'aubier ; pour nourrir le jeune cylindre de bois et d'écorce qui, semblable à une tige creuse, se forme annuellement et se moule sur l'ancien squelette de bois.

Dans le seigle et le blé, la base des tiges peut donc ainsi tirer sa nourriture en partie des feuilles qui s'y attachent, en partie du sol. Le sommet de la tige peut s'alimenter aussi de ses feuilles propres, et aspirer la sève inférieure. Mais l'épi, lorsqu'il est sorti, et surtout fécondé, paraît exercer sur les sucs propres que le sommet renferme, une absorption puissante qui doit enlever rapidement à ce sommet les sucs, à mesure que la base de la tige les fournit. Pour s'en assurer, M. Biot l'a partagé par moitié de tiges de blé dépouillées de leurs feuilles, et coupées le 4 juin, deux épis étant en pleine fleur. Des deux extraits ainsi formés, celui de base contenait presque deux fois autant de sucre que celui du sommet, à densité égale. Aussi, à cette époque de la pleine floraison, les principes sucrés se trouvent abonder dans les épis de blé ; ils s'y trouvent à l'état de sucre de fécule et de sucre de canne, joints à une matière précipitable par l'alcool, complètement redissoluble dans l'eau, et tournant à droite comme la dextrine, mais d'une énergie moindre, et modifiable par la fermentation. La présence du sucre de canne dans les épis se reconnaît, parce que la rotation de l'extrait, très forte vers la droite avant la fermentation, et subitement jetée à gauche, a une valeur très-faible. Rien n'avait indiqué l'existence de ce même sucre dans les épis de seigle avant la floraison, non plus que la jeune graine de seigle, quoique les tiges continssent aussi du sucre de canne. Serait-ce, dit M. Biot, une différence propre aux deux plantes ? Quoi qu'il en soit, toutes deux présentent ce résultat remarquable, que le sucre de raisin des tiges ne passe point sous cet état dans les épis.

D'après ce que nous avons dit, à mesure que l'épi fécondé grossit, les feuilles les plus basses commencent à jaunir et à se dessécher, en transmettant leurs produits carbonisés à la tige. La base de celle-ci se dessèche aussi et jaunit à son tour, tandis que la partie supérieure, encore verte, continue de nourrir l'épi. Ainsi, quand le desséchement du bas de la tige est arrivé, si l'on coupe la céréale, quoique le grain ne soit pas mûr encore, il achève de se nourrir et de mûrir aux dépens de la tige. On peut donc, dès qu'elles sont sèches, rentrer le grain précisément au point de sa maturité.

Puisque les feuilles et les tiges des plantes vertes confectionnent du sucre et d'autres produits carbonisés qui doivent être absorbés par la semence, si on les enfouit dans cet état de verdure, il est évident dit M. Biot, qu'on enrichira le sol de ces produits préparés pour la nourriture des jeunes plantes qu'on voudra lui faire produire. Or, puisqu'il est prouvé que les parties vertes des végétaux décomposent l'acide carbonique de l'air et s'approprient le carbone, il est vraisemblable que cette absorption

contribue à former la masse de leurs produits sucrés et gommeux, additionnellement aux sucs qu'elles peuvent aspirer du sol par leurs racines. Cette vraisemblance s'accroît encore quand nous voyons les produits carbonisés des feuilles différer si considérablement de ceux des tiges, que le sol aliménte bien plus spécialement. Il est donc naturel d'en conclure qu'une partie de la masse solide des plantes est fournie pendant leur vie par le carbone de l'air atmosphérique, de sorte que leur enfouissement à l'état vert rend plus au sol qu'il n'a donné.

JULIA-FONTELLE.

Conclusion des observations sur l'absorption du gaz azote par les végetaux.

On trouvera probablement étonnant que j'aie mis autant de temps à publier de simples faits; mais qu'on se reporte seulement aux ouvrages qui traitent de cette matière, et l'on conviendra combien mon incertitude devait être grande, quand MM. Théodore de Saussure, Thénard, Godefroy, Hermbstaedt, etc., avancent positivement, d'après des expériences faites, que jamais les végétaux vivans n'absorbent le gaz azote; qu'on considère ensuite l'isolement complet auquel le pharmacien de province se trouve être réduit, privé des conseils des savans, et de beaucoup d'ouvrages qui ne se trouvent que dans les grandes bibliothèques. Il n'ira pas provoquer une correspondance avec ses anciens professeurs, dans la crainte d'être importun : comment donc oser avancer des faits entièrement opposés aux belles expériences des hommes célèbres dont les noms viennent d'être cités? Ce n'est qu'après avoir reconnu dans un grand nombre de plantes encore vivantes le gaz acide nitreux, les mêmes essais, répétés plusieurs fois, ne s'étant jamais démentis, que j'ai pu croire à l'absorption du gaz azote par les végétaux vivans. Mais cet azote pouvait bien provenir seulement du sol, en se guidant d'après les curieuses conséquences des expériences de M. Hermbstaedt, qui consistent à prouver que plus un terrain est fumé, plus les plantes, telles que le froment, l'orge, le seigle et l'avoine, donnent de gluten; tandis que si le contraire a lieu, il se trouvera peu de gluten et beaucoup d'amidon. Cependant on verra par les diverses expériences faites sur les végétaux, et en partie sur des végétaux vivans, que si le sol, comme cela paraît prouvé, fournit du gaz azote, l'air atmosphérique en fournit aussi, et très-abondamment, soutiré, comme l'électricité, par l'extrémité des feuilles, etc.

Voici d'ailleurs ce qu'en dit M. Tollard, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, article AZOTE. Il considère ce gaz comme jouant un grand rôle dans l'acte de la végétation; il prétend qu'il s'assimile aux végétaux, et les nourrit. Il prétend même que l'azote est leur pain quotidien, de tous les lieux et de toutes les circonstances, etc. . . . . .

« Ce serait une proposition invraisemblable que » d'avancer, selon l'opinion commune, que le gaz » azote, qui est le corps le plus abondant dans la » nature, qui a des points de contact si multiplies » avec les plantes, n'ait aucune action alimentaire » pour elles; que les végétaux, dis-je, n'aient au- » cune appétence pour un fluide qui les enveloppe » de toutes parts, qu'ils recèlent plus ou moins dans » leur composition intime. »

Mais toutes ces assertions ne sont appuyées sur aucun fait : c'est cette lacune que je veux essayer de remplir, malgré toutes les difficultés que paraît présenter une question aussi importante.

Le suc des plantes vertes, rapproché en consistance d'extrait, ne me fournissant jamais de gaz acide nitreux, je ne pouvais admettre l'absorption du gaz azote par les végétaux vivans; je me contentai donc d'extraire d'abord le suc de chaque plante verte, dont j'exposai ensuite le marc à l'action de l'air atmosphérique : c'est en effet ce que l'on a vu dans la deuxième partie de ce mémoire.

Voici comment je m'expliquais d'abord la présence du gaz acide nitreux dans les plantes, ou plutôt dans leur extrait. Je remarquai beaucoup d'entre elles en pleine végétation, dont l'extrémité des feuilles était morte et comme brûlée, tandis que le reste, jusqu'à la tige, conservait parfaitement la couleur verte; je m'assurai que cette partie brûlée seule renfermait de l'acide nitreux, tandis que les parties inférieures bien vertes n'en fournissaient point. Je supposai que l'azote et l'électricité étaient soutirés par les extrémités des feuilles, qui, dans ce cas, faisaient l'office de pointes. Je considérais cet effet comme le dernier acte de la végétation qui devait amener sa destruction. Dès le moment que l'on peut démontrer la présence du gaz acide nitreux dans une plante, ou plutôt dans son extrait, il faut nécessairement admettre l'absorption de l'azote atmosphérique, ou de celui contenu dans les engrais; mais j'espère prouver l'absorption de ce gaz dans l'air par les végétaux vivans. Cet azote absorbé s'oxide peu à peu, et forme pendant l'acte de la végétation des combinaisons propres à chaque végétal; à mesure que ces divers changemens s'opèrent et que la végétation s'avance, cet azote s'oxide de plus en plus, et à la faveur de l'eau et du fluide électrique, il devient acide nitreux et nitrique, et forme enfin du nitre avec la potasse du végétal : aussi est-ce plutôt à l'époque où le but de la végétation est rempli, que les feuilles acquièrent cet aspect jaune qu'on leur remarque en automne (je reviendrai sur la décoloration des feuilles en automne, et sur ce que devient la clorophylle), dû très-probablement à l'acide nitreux qui se trouve être en excès, n'ayant plus de principes immédiats azotés à former. Cependant la plante continue d'absorber l'azote pour engendrer de nouvelles combinaisons, et, au moyen de l'acide formé qui réagit sur la potasse, donne naissance au nitrate de potasse. L'azote, qui fait partie de l'organisation d'un grand nombre de végétaux, est, dit-on, fourni par les engrais, ou par l'eau, qui en tient toujours en solution. Je crois bien à l'absorption des racines; en effet, dans plusieurs essais, j'ai retrouvé ce gaz acide dans l'extrait, et d'ailleurs les engrais eux-mêmes sont en partie formés de débris de végétaux qui, par leur exposition à l'air et les diverses métamorphoses qu'ils subissent, ont puisé l'azote qu'ils renferment dans l'air atmosphérique; mais je démontrerai l'absorption du gaz azote par l'extrémité des feuilles et des tiges, et par les appendices dont sont souvent armés les végétaux. Je pourrais citer les feuilles des graminées, les balles et les barbes des épis de seigle, d'orge, etc., qui soutirent et l'azote et l'électricité : aussi les voit-on toutes comme brûlées à leur extrémité, à mesure que la végétation s'avance; ce qui amène des modifications de couleur, d'odeur et de

saveur. Les balles les plus inférieures, ou situées à la base de l'épi, se trouvant plus tôt jaunes que celles supérieures, ceci expliquerait peut-être la cause de l'animalisation de cette partie, supérieure pour le chaume, et inférieure pour l'épi, qu'on pourrait peut-être appeler le nœud de la fructification, de même que le collet de la racine est considéré comme celui de la végétation. Les grains exposés à l'air finissent par s'altérer, s'appauvrir; en effet, le pain préparé avec du grain très-nouveau offre une différence très-notable : aussi voyons-nous des substances exotiques très-anciennes ne plus jouir des propriétés qu'elles possèdent étant nouvelles. Il doit en être pour tous les végétaux, ou partie de végétaux, comme pour le tan, qui, comme on l'a vu, subit des changemens que lui fait éprouver l'air humide qui modifie, altère et détruit même ses propriétés, dernière action qui doit donner naissance à du nitre, et par conséquent anihilation de toutes les parties constituantes de la plante. Ce qui rendait certaine cette explication, ce fut la présence de ce gaz dans les engrais traités par l'eau réduite à l'état d'extrait; mais diverses terres sablonneuses ne me fournirent point sensiblement de gaz acide nitreux; et cependant ces terrains donnaient naissance à des plantes alpines qui, encore vertes, me donnèrent cet acide dans l'extrait. Pour acquérir l'entière certitude que rien ne m'avait échappé dans cette grossière analyse, et que les engrais n'étaient pas cause unique, je semai de la graine de lin, de froment et de stramoine, dans du verre blanc pilé et lavé avec de l'eau distillée, et j'obtins des jeunes pousses d'un demi-pied, qui toutes me fournirent dans leur extrait du gaz acide nitreux au moyen de l'acide tartrique. Il me semble suffisamment prouvé maintenant que les engrais ne sont pas seuls la cause de la présence de l'azote dans les plantes. Ces divers essais me conduisirent donc à reconnaître la présence de l'acide nitreux dans beaucoup d'autres plantes, ou partie de plantes encore vivantes. Cependant, si pour la formation de l'acide nitrique il faut admettre la présence de l'électricité, on ne pourra me refuser la théorie que j'ai été contraint d'émettre pour expliquer les phénomènes que j'ai signalés dans le cours de ce mémoire. « La présence » d'une base alcaline, ou de l'eau, est nécessaire à » la production de l'acide nitrique; car toutes les » fois que l'oxigène et l'azote s'unissent immédiate- » ment sous l'influence de ces corps, il se produit » de l'acide nitreux. » (Article Azote, Dictionnaire d'histoire naturelle.) On voit pourquoi, sans engrais, j'ai eu du gaz acide nitreux des jeunes pousses de stramoine, etc., recueillies dans du verre blanc pilé. On verra par les résultats des recherches faites sur les diverses parties des céréales, que l'azote et l'électricité jouent un rôle important pendant la végétation; car on trouve dans beaucoup de leurs parties de l'acide nitreux, surtout dans celles jaunies et comme brûlées. Les épis verts de seigle n'ont ni dégagé, ni fusé, même à la deuxième décoction; mais on devra remarquer que le produit de celle-ci avait une odeur un peu putride, et que le gluten ne s'y trouve que dans un état imparfait; ainsi l'azote absorbé n'a pas encore terminé sa formation, tandis que, dans les épis jaunes, renfermant des grains bien mûrs, l'azote est surabondant, puisqu'il s'y trouve du gaz acide nitreux.

On voit que le sommet du chaume de seigle encore vert, privé de l'épi, fuse et dégage une odeur acide, mais qui n'est pas du tout celle dite nitreuse. Le sommet du chaume de seigle, privé de son épi bien mûr, est très-animalisé, a l'odeur du fromage, et par conséquent est bien plus animalisé que la partie verte. La partie inférieure du chaume de seigle, avancée et blanchâtre, dégage une odeur d'acide nitreux semblable à celle que donne la réaction de l'acide nitrique sur la scammonée d'Alep.

D'après les expériences faites par M. Dutrochet sur la matière colorante des feuilles et des fleurs, communiquées à l'Académie des sciences, le 6 février 1832, que je n'ai pu connaître entièrement, mais dont il suffira de retracer les conclusions, il résulte que les pétales des fleurs comme les feuilles offrent la superposition de deux matières douées d'une électricité opposée. Ce sont donc de véritables piles galvaniques, ou plutôt, dit M. Dutrochet, chaque feuille, chaque pétale, est un élément de pile, dont il représente un des couples; c'est toujours l'élément négatif de chacun de ces couples électriques qui tend à se diriger vers la lumière; l'élément positif, au contraire, a besoin d'être soustrait à son influence; car la feuille ne manque pas de mourir si on la maintient de force dans une situation telle que la face inférieure soit dirigée vers le jour. On sait que, sous l'influence de la lumière, la matière verte dégage de l'oxigène : la face supérieure de la feuille, ou son côté négatif, qui est en rapport avec la lumière, est donc désoxidante; la face inférieure de la feuille, ou son côté positif, qui possède spécialement les cavités aérifères, est par cela même disposée pour absorber l'oxigène de l'air que contiennent ces cavités; et comme le pôle positif d'une pile est son pôle oxidant, il en résulte que la face inférieure de la feuille est oxidante, etc. Maintenant il devient facile de s'expliquer la présence du gaz acide nitreux et du nitrate de potasse dans les plantes. En effet, je ne vois pas pourquoi on se refuserait à admettre l'action continue de cette pile. La couleur jaune des feuilles en automne serait la preuve de l'exactitude des faits énoncés par M. Dutrochet : l'électricité étant ainsi continuellement en action, déterminerait, à l'aide de la potasse contenue dans le ligneux, de l'eau, de l'oxigène et de l'azote absorbé, la formation de l'acide nitrique et du nitrate de potasse; mais cette action continuant d'avoir lieu, il se trouve de l'acide nitreux en excès qui, réagissant peu à peu sur les principes immédiats de la plante, les colore en jaune plus ou moins marqué, et porte enfin sa dernière action sur la clorophylle, en détruisant complétement sa couleur, effet qui, dans les monocotylédons, commence par l'extrémité des feuilles, et gagne de proche en proche jusqu'au chaume, et se propage jusqu'au collet de la racine, et dans les dicotylédons, par la nervure principale, celles divergentes, et le parenchyme lui-même.

D'après toutes ces diverses recherches, je suis porté à croire que tous les végétaux vivans contiennent dans leur tissu ligneux les élémens propres à donner naissance à l'acide nitreux; c'est-à-dire que l'azote atmosphérique étant continuellement absorbé dans toutes les périodes de la végétation, sert à la formation des principes immédiats azotés; et qu'à la faveur de l'eau, de l'alcali et de l'électricité, cet azote s'oxide et s'acidifie davantage à mesure que la végétation s'avance, forme du nitre, et colore de plus en plus les sucs du végétal, pour réagir enfin sur la clorophylle, qu'il détruit complétement dans la plupart des plantes : cet effet va toujours croissant, quoique la plante ne soit plus sous l'in-

fluence de la végétation, comme cela a été suffisamment prouvé dans la seconde partie de ce mémoire.

Il serait hors de propos de rapporter ici les diverses expériences que j'ai faites sur cette substance, cherchant à résoudre la question suivante, mise au concours par l'école de pharmacie de Paris : Que devient la matière verte des plantes en automne? Lorsque je trouvai l'acide nitreux dans la morelle, la réglisse, les feuilles d'oranger, etc., j'étais loin de penser que cette découverte me conduirait à la solution de ce problème. Les feuilles et toutes les parties des graminées offrent un exemple bien frappant de l'effet que produit l'azote absorbé, qui, s'oxidant peu à peu dans toutes les parties de la plante, s'acidifie au moyen de l'électricité atmosphérique, soutiré par les extrémités des feuilles et des épis qui font l'office de pointes. La couleur jaune qu'a la paille est très-certainement due à l'action lente du gaz acide nitreux. L'oxide d'azote est adhérent à la fibre ligneuse; il fait corps avec elle, puisque, par l'expression du suc de la plante, il n'apparaît jamais, malgré sa grande solubilité dans l'eau; on ne parvient, dans beaucoup de plantes, à l'obtenir que par des décoctions ou des digestions réitérées : le nitre lui-même ne s'obtient que difficilement. Il semblerait que la potasse fait corps avec le ligneux, et qu'à son tour il retient l'oxide d'azote; en sorte qu'on pourrait peut-être dire que le ligneux, la potasse et l'azote, forment combinaison triple.

En résumant ce qui vient d'être dit, on voit une absorption de gaz azote de l'air pendant toutes les périodes de la végétation, formation d'acide nitreux et de nitrate de potasse, animalisation ou azotification de quelques principes immédiats, et enfin destruction de la clorophylle.

Ainsi donc, à mesure que l'azote de l'air est transmis dans les mailles parenchymateuses du végétal, il s'oxide et se combine aux élémens constitutifs qui doivent donner naissance aux principes immédiats azotés, à la faveur de l'oxigène, de l'eau et de l'électricité, au milieu desquels tous ces phénomènes se passent, et sous la dépendance desquels ils se forment. Dès l'instant que ces principes sont formés, et qu'ils n'ont plus besoin du concours de l'azote, un autre ordre de phénomènes succède; l'oxide d'azote, continuant d'être absorbé, se suroxide, et au moyen de l'eau et de l'électricité, devient acide nitreux, et, continuant son action sur tout ce qui doit recevoir son influence, passe à l'état d'acide nitrique, et forme enfin du nitrate. La formation des principes immédiats des plantes est donc le résultat d'actions et de combinaisons moléculaires déterminées par des courans de fluide électrique transmis à ces molécules par l'appareil ligneux.

Tel est le résultat des recherches que j'ai faites (que leur grand nombre ne m'a pas permis d'exposer plus tôt et plus succinctement), et dont la théorie que j'ai admise découle nécessairement selon moi : on jugera si son importance méritait toutes ces investigations, et on appréciera la justesse de mes raisonnemens.

Noms des plantes et parties de plantes vertes qui ont donné du gaz acide nitreux avec ou sans acide tartarique.

En considérant l'altération et la destruction de la clorophylle comme uniquement due à l'action lente de l'acide nitreux, j'ai été conduit d'abord à supposer la présence de cet acide dans les parties un peu décolorées, et j'ai été ensuite disposé à l'admettre dans les parties d'un vert pâle. Les feuilles de tilleul ont parfaitement répondu à mon attente, comme on va le voir dans le court exposé que je vais faire, ne pouvant reproduire ici toutes les expériences faites, et les observations que j'ai été à même de recueillir.

Feuilles de tilleul prises à la base des tiges, et encore vertes, 19 août 1832.

J'aurais pu ne pas faire mention de ces feuilles, puisqu'elles n'ont pas fourni d'acide nitreux par l'acide tartrique; mais j'ai voulu faire connaître que, dans beaucoup d'extraits, j'avais observé que quand l'acide tartrique développait seulement une odeur acide au lieu de gaz acide nitreux, on pouvait cependant affirmer que la plante renfermait de l'acide nitreux; mais que le retard du dégagement était produit par la trop grande viscosité du mucilage, ou parce que la quantité en était trop minime; car, dans ce cas, en les desséchant et en en faisant l'extrait, il donne le gaz acide nitreux par l'acide tartrique. Les plantes qui donnent beaucoup de mucilage se trouvent être dans la même catégorie.

On va voir qu'à mesure que la végétation s'avance le mucilage diminue de quantité, soit en se modifiant, soit en se combinant à la fibre ligneuse avec laquelle il fait corps, si la fibre ligneuse elle-même n'en est pas le produit, car en avril et en mai la presque totalité de la feuille n'est que du mucilage.

Feuilles de tilleul d'un jaune tendre couleur de beurre, tenant encore à l'arbre, 19 août 1832.

Celles-ci sont presque toujours situées à l'extrémité des branches, et exposées au midi. Par digestion et par décoction : j'ai obtenu dans l'extrait du gaz acide nitreux par l'acide tartrique.

Feuilles de tilleul très-vertes prises sur l'arbre, 25 août 1832.

J'ai d'abord concassé les feuilles, et les ai mises dans un litre d'eau; le tout avait acquis la consistance d'un épais mucilage de gomme adraganthe. Les feuilles ainsi pilées en furent difficilement séparées, et traitées de nouveau par une même quantité d'eau, le même effet se reproduisit : le suc mucilagineux fut évaporé, et l'extrait obtenu n'offrait rien de bien remarquable. Le marc, mis en digestion à l'étuve, a fourni un extrait d'une couleur jaune-foncé, et dégageant l'acide nitreux par l'acide tartrique.

Le produit de la décoction a offert un extrait qui, comme le précédent, dégage, mais bien plus par l'acide tartrique.

Feuilles de tilleul très-grandes et couleur indigo, recueillies le 2 septembre 1832.

La digestion et la décoction ont fourni deux extraits, qui ont donné du gaz acide nitreux par l'acide tartrique. Ici le mucilage était en bien moin-

dre quantité, et n'a pas gêné l'arrivée du gaz acide nitreux.

Feuilles de tilleul bien vertes et tenant à l'arbre, 2 novembre 1832.

Quatre décoctions successives enlevèrent seulement un abondant mucilage, et chacun des extraits n'a donné ni gaz ni azotate de potasse; le marc, mis à digérer à l'étuve, a fourni un extrait qui dégage le gaz acide nitreux par l'acide tartarique.

Feuilles vertes de cynoglosse.

Le suc, rapproché en consistance d'extrait, n'a point donné de gaz acide nitreux ni de nitre.

L'extrait de la digestion a donné du gaz acide nitreux par l'acide tartrique, et au moyen de la décoction on a obtenu le nitre et le gaz acide nitreux.

Des feuilles bien vertes ayant été exposées à l'air pendant un mois, les extraits de la macération et de la digestion ont offert différentes nuances bien distinctes que je néglige de signaler; mais ce sur quoi je désire appeler l'attention, c'est l'odeur acide que l'on ne peut comparer au gaz acide nitreux qu'a produit l'acide tartrique dans l'extrait de la digestion. Ce qui prouve la présence de l'acide nitreux, ou plutôt de tous ses élémens, c'est que ce même extrait donnant seulement une odeur acide par l'acide tartrique, au bout d'un mois présente une éminence qui forme chapeau, et dégage seul le gaz acide nitreux.

Feuilles bien vertes de stramoine.

Le suc ne dégage ni ne fuse.

L'extrait obtenu de la deuxième décoction a une couleur d'un beau jaune, l'odeur de la réglisse fuse beaucoup, dégage excessivement, et exhale une odeur de punaise.

Jeunes pousses de stramoine, d'environ deux à quatre pouces de hauteur, venues en pleine terre.

Les feuilles et les racines ont fourni un extrait qui donne du gaz acide nitreux par l'acide tartrique. Les feuilles et les racines traitées séparément ont donné du gaz acide nitreux par l'acide tartrique.

Jeunes pousses de stramoine recueillies dans du verre blanc pilé.

Les jets, d'environ trois pouces de haut, furent pilés et mis bouillir dans une suffisante quantité d'eau distillée; l'extrait obtenu n'a pas donné de gaz acide nitreux par l'acide tartrique. Une autre partie fut séchée à l'étuve; la décoction a donné un extrait qui, par l'acide, dégage et ne fuse pas.

Froment traité de la même manière.

Les feuilles, les racines et les graines ont toutes les trois été traitées séparément, et toutes ont donné du gaz acide nitreux à la seconde et à la troisième digestion, au moyen de l'acide tartrique, et ont fusé sur les charbons.

Pour abréger, je vais rassembler les noms de toutes les plantes qui ont donné les mêmes résultats.

Reseda luteola.—Feuilles vertes de gaude, 27 septembre 1831, par décoction.

Spiræa ulmaria.—Reine des prés, sommités fleuries bien vertes avec feuilles, 28 septembre 1831, digestion, décoction.

Datura stramonium. — Stramoine; feuilles bien vertes, 13 octobre 1831, deuxième décoction. Les racines de la même plante se sont comportées de même.

Borago officinalis. — Bourrache; feuilles bien vertes, digestion et décoction, 17 septembre 1832. Les racines fraîches se sont comportées de même.

Parietaria officinalis. — Pariétaire, digestion et décoction, 21 septembre 1832.

Citrus aurantium. — Feuilles d'oranger; feuilles très vertes, décoction, 17 septembre 1832.

Carotta sativa. — Carotte; jeunes pousses étiolées, recueillies à la cave en mars 1833, troisième digestion. Les mêmes racines, prises dans le même lieu, mais non montées, première digestion.

Radix armoraciæ. — Raifort sauvage; jeunes pousses étiolées, prises à la cave en avril 1833, digestion et décoction;

Erisymum officinale.—Racine de velar, 25 septembre 1832, digestion et décoction.

Mercurialis annua. — Mercuriale officinale; huitième digestion, 19 novembre 1832.

Asparagus officinalis. — Racines d'asperges de un à deux ans, fraîches (1er avril 1833), concassées par macération, les jeunes sommités fleuries dégagent seules; troisième digestion.

Hyoscyamus niger. — Feuilles de jusquiame noire très vertes; deuxième décoction, 16 octobre 1832.

Solanum nigrum. — Morelle officinale; jeunes feuilles; digestion, décoction, 25 septembre 1832.

Fecale cereale. — Seigle. Racines bien lavées, et ayant encore les feuilles séminales, 3 juillet 1831; macération, première et deuxième décoction.

Les racines privées de feuilles séminales, 26 juillet; digestion.

Extrémités inférieures du chanvre de seigle; deuxième décoction, 3 juillet.

Feuilles vertes, 3 juillet 1831; digestion, première et deuxième décoction.

Epis de seigle dont on a enlevé les grains, macération et digestion, 19 juillet 1831.

Graine concassée, privée de fécule; deuxième et troisième décoctions, 19 juillet.

Jeunes feuilles et racines ayant six pouces; 26 septembre 1832; décoction.

Triticum æstivum. — Froment, racines, deuxième décoction, 6 juillet 1831.

Sommet du chaume vert, macération, première et deuxième décoctions, 6 juillet 1832.

Nota. Pour appuyer les faits énoncés précédemment, d'où il résulte que dans les végétaux contenant un acide libre, sa présence en expulse le gaz acide nitreux, je soumis à l'expérience des feuilles de vigne recueillies un mois avant la floraison, et je parvins ainsi à l'obtenir à la deuxième digestion par l'acide tartrique ainsi que du nitre. La première et la deuxième

décoction ont fourni un extrait d'une belle couleur de réglisse, ce qui démontre la présence et l'action de cet acide. Je suis porté à croire qu'il en est de même pour tous les végétaux, puisque des cerises, même encore vertes, ont fourni du gaz acide nitreux à la troisième digestion par l'acide tartrique.

Laon, le 12 juin 1833.

VAUDIN.

De la dépuration des gommes-résines et de la préparation de l'emplâtre diachylon gommé; par Emile MOUCHON fils, pharmacien à Lyon.

Bien que les gommes-résines en général ne soient plus pour le thérapeutiste et le pharmacien ce qu'elles furent aux temps fortunés de la polypharmacie, nous ne devons pourtant pas les considérer comme tellement frappées de nullité qu'elles ne méritent encore notre attention à certains égards; c'est ce qui m'a engagé à rédiger quelques observations sur le mode de dépuration.

Voyons si cette préférence n'est pas mal fondée.

Pour pouvoir prononcer avec quelque connaissance de cause, il m'a paru convenable de soumettre quelques-unes des gommes-résines que nous sommes dans le cas d'employer le plus féquemment en pharmacie, à divers traitemens comparés, recourant aux trois intermèdes qui ont été le plus généralement employés : l'eau, le vinaigre et l'alcool.

Bien que la dépuration puisse s'appliquer à toutes les gommes-résines qui se présentent en masses impures, j'ai cru ne devoir soumettre à ce genre d'examen que quelques-unes de celles qui réclament le plus souvent et le plus spécialement cette opération. Ce ne sera donc que sur les gommes-résines ammoniac, galbanum et séraphique, que porteront nos observations, d'autant plus qu'il règne une assez grande analogie entre les proportions relatives des deux principes qui constituent presque toute la masse de ces sucs concrets.

C'est avec raison que Lémery, Baumé, etc., pensent que l'action de la chaleur, quelque ménagée qu'elle soit, a toujours pour résultat inévitable la volatilisation d'une portion de l'huile essentielle qu'elles contiennent. Il faut donc ne recourir à cette opération qu'alors qu'il n'est pas permis d'user des gommes-résines telles que nous les fournit le commerce, et donner la préférence au procédé qui réclame le moins d'excipient possible, afin de s'affranchir de l'inconvénient attaché à une évaporation prolongée; il faut également être très-ménagé de la chaleur, et, par-dessus toutes choses, ne mettre aucune interruption dans l'agitation que demandent ces sortes de préparations, sous peine de voir les produits dans un état tout-à-fait défectueux, par l'effet de la dissociation de leurs parties constituantes. Ce n'est donc qu'en usant de ces précautions fondamentales qu'on peut espérer obtenir de bons résultats.

Ainsi, pour 250 grammes de matière à purifier, les proportions d'excipiens qui ont été employées dans mes expériences sont les suivantes :

Pour les larmes détachées ou peu agglomérées, telles que celles de la gomme ammoniaque,

Alcool à 22 degrés.	1000 gram.
Ou vinaigre blanc à 3 degrés.	500
Ou eau commune.	375

Je fais agir la totalité de chaque menstrue en un seul traitement.

Pour les masses agglutinées du galbanum, du sagapénum,

Alcool à 22 degrés.		1000 gr.
Acide acétique à 3 degrés.		500
Eau commune, pour un premier traitement	500	625
Pour un second traitement, l'eau seule ne suffisant pas, alcool à 22°.	125	

Dans chaque opération, je me suis attaché avec le plus grand soin à donner aux gommes-résines leur consistance première. Celles qui ont été traitées par l'alcool ont été dissoutes, comme de coutume, à l'aide d'une douce chaleur, soutenue pendant tout le temps nécessaire pour opérer la dissolution, et à vases soigneusement clos. Quant aux traitemens par l'acide acétique et par l'eau, ils ont été bornés à la solution de la matière à dépurer dans l'un ou dans l'autre de ces liquides, par l'action d'un feu très modéré et d'une agitation continue; à la séparation des parties à rejeter par le moyen d'une toile très grosse; puis concentration des produits.

TRAITEMENT PAR L'ALCOOL.

NOMS.	Qualités des gommes-résines employées.	Quantités obtenues.	PERTES.	Odeurs des produits comparées à celles des gommes-résines employées.	Caractères physiques des produits	Quantité des résidus restés sur le linge.	Caractères physiques des résidus.
Ammoniaque	en larmes,	235 gramm.	15 gramm.	moins forte.	Masse très-compacte, cassante, de couleur grise tirant sur le jaune.	25 grammes.	Résidu presque entièrement composé de petites semences rougeâtres, ovoïdes, aplaties, à stries longitudinales, d'une saveur fortement aromatique, comme les fruits des ombellifères.
Galbanum	en masse larmoïde un peu molle,	210 gramm.	40 gramm.	moins forte.	masse compacte, mollasse, de couleur jaunâtre, un peu foncée.	70 grammes.	Débris de végétaux et autres impuretés, de couleur roussâtre, incomplètement épuisés.
Sagapénum	en masses brunes-rougeâtres mollasses,	230 gramm.	40 gramm.	moins forte.	Substance de consist., un peu molle, peu compacte, se laissant facilement diviser par la traction; couleur jaune pâle.	34 grammes.	Débris de végétaux et de matière terreuse, mêlés de quelques fragm. de bassorine.

TRAITEMENT PAR LE VINAIGRE.

NOMS.	Qualités des gommes-résines employées.	Quantités obtenues.	PERTES.	Odeurs des produits comparées à celles des gommes-résines employées.	Caractères physiques des produits.	Quantité des résidus restés sur le linge.	Caractères physiques des résidus.
Ammoniaque	en larmes,	210 gramm.	40 gramm.	Moins forte, mêlée d'une odeur acétique bien prononcée.	Masse très-compacte, cassante, lisse, de couleur jaunâtre.	22 grammes.	Débris de végétaux ou graines précédemment décrites, sans mélange de gomme-résine.
Galbanum	en agrégats un peu mous,	172 gramm.	78 gramm.	*idem.*	Matière très-compacte, bien lisse; un peu molle, de couleur rougeâtre.	80 grammes.	Résidu rougeâtre incomplètement épuisé.
Sagapénum	en masses agglutinées un peu molles,	200 gramm.	50 gramm.	*idem.*	Masse très-liée, d'un jaune à peu près semblable à celui du diachylon gommé; consistance un peu molle.	37 grammes.	Impuretés terreuses, mêlées de beaucoup de matières végétales; aucune trace de bassorine.

TRAITEMENT PAR L'EAU.

NOMS.	Qualités des gommes-résines employées.	Quantités obtenues.	PERTES.	Odeurs des produits comparées à celles des gommes-résines employées.	Caractères physiques des produits.	Quantité des résidus restés sur le linge.	Caractères physiques des résidus.
Ammoniaque	en larmes,	225 gramm.	25 gramm.	Moins forte	Masse cassante présentant une forte adhérence dans ses parties, de couleur grise tirant sur le jaune.	27 grammes.	Impuretés presque uniquement composées de débris végétaux, ou plutôt de graines décrites dans le premier tableau.
Galbanum traité par l'eau seule.	en masses larmoïdes un peu molles,	125 gramm.	125 gramm.	*idem.*	Masse de couleur grisâtre, compacte, de consistance un peu molle.	98 grammes.	Masse résineuse mêlée de débris végétaux couleur jaune paille.
Galbanum traité successivement par 500 gr. d'eau et 125 gram. d'alcool à 22°.	en masses un peu molles, mêlées de larmes.	224 gramm.	26 gramm.	*idem.*	Masse semblable par la consistance, la couleur et l'adhérence de ses parties, à de la poix blanche purifiée.	42 grammes.	Débris de végétaux presque entièrement dépouillés.
Sagapénum traité, comme ci-dessus, par 500 gram. d'eau et 125 gram. d'alcool à 22°.	en masses agglutinées un peu molles.	222 gramm.	28 gramm.	*idem.*	Matière simulant par ses caractères physiques, l'odeur et la saveur exceptés, le galbanum traité par l'eau et l'alcool.	22 grammes.	Débris de substances végétales et impuretés terreuses mêlés d'un 6e de bassorine.

A l'exception de la gomme-ammoniaque, dont l'aspect physique est resté à peu de chose près le même, ces substances fétides ont pris une couleur brunâtre, telle qu'en moins d'un mois elles ne ressemblaient nullement à ce qu'elles avaient été immédiatement après leur dépuration.

D'après ces divers essais, il me semble que ce n'est point à tort que l'emploi de l'eau aurait été conseillé par quelques auteurs des temps anciens, et qu'il ne serait point mal d'opérer la dépuration en faisant agir seulement douze onces de ce véhicule en une seule fois sur les gommes-résines en larmes, ou, sur celles en masses, d'abord une livre d'eau, et ensuite sur les matières impures restées sur le linge, après forte expression, quatre onces d'hydralcool à 22°, pour passer de nouveau en exprimant. A l'aide de ce simple travail, on arriverait à des résultats pour le moins aussi satisfaisans qu'en recourant, soit au vinaigre, soit même à l'alcool; et tout en abrégeant l'opération au profit des produits, on trouverait le moyen de la rendre économique, comparée qu'elle serait surtout au traitement, par un liquide acoolique.

Mais je le répète, la dépuration ne doit être pratiquée que dans les cas d'urgence, et lorsqu'il ne peut être permis de recourir à la pulvérisation : toutes ces manipulations, tellement simplifiées qu'elles soient, me paraissant préjudicables aux gommes-résines, quelque soigneux que soit d'ailleurs le manipulateur.

Emplâtre diachylon gommé.

Faisant l'application des principes qui me paraissent découler des expériences précédentes à la préparation de l'emplâtre diachylon gommé, je ne saurais considérer comme irrationnelle la méthode suivante que je viens d'adopter pour la confection de ce stéaraté, qui n'est au reste qu'une modification du procédé anciennement proposé par Swelfer et reproduit par M. Delondre :

Pr : Emplâtre simple.		1500 gram.
Cire jaune.		96
Poix blanche purifiée		192
Térébenthine fine de Bordeaux. . .		96
Gommes-résines	de chaque	32
Ammoniaque		
Sagapénum		
Bdellium		
Eau de fontaine.		250

Divisez les substances gommo-résineuses en très petits morceaux à l'aide du pilon ou du couteau; faites-les liquéfier dans une bassine avec l'eau et concentrer à très petit feu en opérant une continuelle agitation. La matière arrivée à consistance de miel peu épais, ajoutez-y la poix et la térébenthine, sans interrompre l'agitation; le tout liquéfié et chauffé convenablement passez-le de suite à travers une toile à mailles larges, que vous aurez placée sur une bassine contenant l'emplâtre simple préalablement chauffé; facilitez promptement l'écoulement de la matière versée sur la toile, en promenant sur la surface de celle-ci une spatule de buis. Pendant cette opération, faites bien liquéfier la cire jaune, et versez-la bouillante sur le résidu pour entraîner le peu de substance médicamenteuse que le linge a pu retenir; exprimez ce résidu tandis qu'il est encore bien chaud, et battez la masse emplastique entretenue chaude. Quand elle est convenablement refroidie, divisez-la en magdaléons.

La différence qui sépare ce procédé de celui qui a été rapporté par M. Delondre est peu sensible, puisqu'elle consiste seulement à opérer par le moyen de l'eau seule, mais à une dose double, la fonte que notre confrère espère obtenir par le secours simultané de ce fluide et des corps résineux qui doivent faire partie constituante du stéaraté. Néanmoins, sans rien ôter au mérite du mode de Swelfer, je puis dire avec vérité qu'il me paraît le céder à celui que je propose : l'action de la quantité d'eau qu'il fait agir étant insuffisante pour produire l'effet désiré, empêchée qu'elle est d'ailleurs en partie par la grande quantité de matière résineuse qui la divise dans la masse. En effet, il ne m'a jamais été possible d'incorporer la totalité des gommes-résines par ce procédé, bien qu'il ait été suivi avec exactitude : j'ai presque constamment eu pour résidu tout autant de substance gommo-résineuse que d'impuretés, tandis qu'en attaquant ces corps végétaux par l'eau seule, et dans des proportions bien combinées, on parvient sans peine à incorporer toutes les parties actives de la composition, que la masse soit ou non considérable : aussi a-t-on pour produit un emplâtre sensiblement plus odorant, plus agglutinatif, et plus chargé en couleur que tous ceux obtenus par les procédés usités jusqu'à ce jour : c'est ce que j'ai vérifié tout récemment.

Cette pratique peut être applicable à d'autres composés pharmaceutiques, tels que l'emplâtre divin, et sauf les modifications que chacun d'eux peut réclamer.

Lettre de M. Leroy, pharmacien à Bruxelles.

En relisant une note sur diverses réactions chimiques de M. Pelouze, insérée dans le numéro de décembre 1832 de Chimie médicale, etc., etc., je trouvai les résultats obtenus si frappans, que je me déterminai à répéter quelques expériences touchant les acides libres en solution dans l'alcool à 40°, et le papier de tournesol.

Mes résultats, étant très différens de ceux obtenus par M. Pelouze, je prends la libre confiance de les communiquer à la Société.

1°. Je pris une partie d'acide sulfurique; je le mis de prime-abord en contact avec cinquante parties d'alcool à 40° passés. J'agitai bien le mélange, et je le laissai réagir pendant quelques secondes; ensuite j'y plongeai un papier de tournesol bien sec (je le plaçai même quelques instans vis-à-vis d'un feu, pour le rendre le plus sec possible) : il passa au rouge. J'ajoutai au mélange encore cinquante parties d'alcool : même résultat. Je portai l'alcool jusqu'à trois cents parties; le papier de réactif virait bien faiblement.

2°. Une partie d'acide nitrique fut également mise en contact avec cinquante parties d'alcool : le mélange fit passer au rouge mon papier. Je portai l'alcool jusqu'à deux cents parties : arrivé à ce point, le changement était faible.

3°. L'acide hydrochlorique me donna les mêmes résultats que l'acide nitrique.

4°. De l'acide oxalique finement pulvérisé fut également mis en contact avec cinquante parties d'alcool. Le tournesol passa également rouge. J'ajoutai successivement de l'alcool jusqu'à cent parties : là, le papier changeait faiblement.

5°. Je traitai de la même manière l'alcool avec les acides citrique et tartarique; même résultat.

Ne possédant pas de l'acide acétique assez privé d'eau, je n'ai pu tenter une expérience avec lui.

D'après ces expériences, l'on voit combien mes résultats diffèrent de ceux obtenus par M. Pelouze, puisqu'une partie d'acide sulfurique, etc., etc., était capable d'être neutralisée par quatre parties d'alcool à 40°. Cette différence est très grande; il m'est impossible d'en reconnaître la cause. Cela pourrait-il provenir de la sensibilité des réactifs employés? Cependant le papier de tournesol doit donner les mêmes résultats partout.

Je me suis trouvé dans l'obligation de répéter les expériences, parce que primitivement je m'étais servi d'alcool qui ne marquait pas tout-à-fait les 40° à l'aréomètre. J'ai cru que cette différence dans les résultats pouvait bien provenir de ce que l'alcool était trop faible : je rectifiai de l'alcool que je portai jusqu'à près de 42°. Je répétai mes expériences, et j'obtins les mêmes résultats.

Il est à remarquer que pour obtenir un effet complet, on ne doit pas seulement se contenter de plonger dans le mélange le papier de tournesol et le retirer aussitôt, mais le laisser quelque temps.

Tout le temps que le papier réactif restait plongé dans la liqueur, le changement n'était pas très sensible.

P. S. Je dois déclarer que la plus grande exactitude a présidé à ces expériences : le tout fut pesé sur des balances des plus sensibles.

Observations sur la lettre de M. Leroy; par J. Pelouze.

J'ai publié dans les numéros de juillet et d'août 1833 des Annales de chimie et de physique, des expériences nombreuses sur l'influence qu'exerce la présence de l'eau dans les réactions chimiques. Les faits que j'avais observés me paraissant remarquables par leur singularité, et tout-à-fait inexplicables, je les communiquai à la Société philomatique, et répétai, en présence de ses membres, la plupart de mes expériences.

Comme résultats principaux de mon mémoire, j'annonçais :

1°. Que l'alcool anhydre, l'éther sulfurique, l'éther acétique, masquent plus ou moins complètement les propriétés des acides les plus puissans, soit minéraux, soit végétaux;

2°. Que leur dissolution dans ces véhicules ne rougit pas le papier bleu de tournesol, et n'attaque pas un grand nombre de carbonates;

3°. Que l'acide acétique, à son maximum de concentration (c'est-à-dire avec la formule $C^4 H^6 O^3 + H^2 O$), non-seulement ne rougit pas le tournesol, mais qu'il ne peut même pas décomposer la craie, soit à froid, soit à chaud, pas plus dans le vide barométrique qu'à une pression de 10 atmosphères dans la machine d'Ærsted;

4°. Qu'une dissolution alcoolique d'acétate de potasse est décomposée par l'acide carbonique, et que partout, dans l'alcool, ce dernier acide est plus puissant que l'acide acétique; d'où je concluais que les affinités des corps sont susceptibles de changer avec la nature des dissolvans, dans le sein desquels leur action s'exerce présentement, et qu'il ne serait pas exact de dire d'une manière absolue que tel acide décompose telle série des sels, puisqu'à l'état isolé ou à l'état de dissolution, les résultats sont quelquefois tout-à-fait différens.

Ces expériences ont toutes été faites avec soin et un grand nombre de fois : aussi n'ai-je absolument rien à changer de ce que j'en ai dit. Loin de là, j'ai la satisfaction d'annoncer que M. Braconnot, qui en a répété quelques-unes, est arrivé aux mêmes résultats que moi, et que non-seulement il a considérablement étendu ces résultats, mais qu'il est parvenu, en faisant réagir sur un grand nombre de matières végétales l'acide nitrique concentré, à obtenir une nouvelle substance fort remarquable, qu'il a appelée xyloïdine. Ce que j'avais dit de l'acide nitrique concentré mêlé à l'alcool, M. Braconnot l'a appliqué au même acide libre, et il a vu, entre autres résultats remarquables, que des lames de fer se conservent sans la moindre altération, et avec tout leur brillant métallique, dans l'acide nitrique concentré, et que ce dernier corps bouillant n'a aucune action sur l'argent.

M. Leroy, si j'en juge d'après sa lettre, ne connaît de mes expériences que ce qui en a été dit dans le numéro de décembre 1832 du Journal de chimie médicale. Or, une erreur grave s'est glissée dans l'extrait que ce journal en a fait; car au lieu d'alcool absolu, dont je me suis toujours servi, il est question d'alcool à 40°, c'est-à-dire d'alcool contenant encore plusieurs centièmes de son volume d'eau. M. Leroy, en employant le même alcool, a donc dû nécessairement obtenir des résultats tout différens des miens, et ceux qu'il annonce sont parfaitement exacts, ainsi que je m'en suis assuré. Toutefois, si l'action des acides dissous dans l'alcool à 40° est sensible sur le papier bleu, elle l'est infiniment moins que dans l'eau; et à peine décomposent-ils la série des carbonates que j'ai signalés dans mon mémoire, comme résistant parfaitement aux mêmes acides dissous dans l'alcool anhydre.

M. Leroy lui-même annonce en quelque sorte un semblable résultat, quand il dit que : « tout le temps que le papier réactif restait plongé dans la liqueur, le changement n'était pas très sensible. »

Il est clair que lorsqu'on vient à retirer le papier de cette liqueur et à l'exposer à l'air, l'alcool le plus concentré s'évapore en partie, et que ce qui reste prend rapidement de l'eau à l'air; de telle sorte, que le résultat final ne doit pas sensiblement différer de celui que l'on obtiendrait avec l'eau elle-même.

Afin d'éloigner tout contact de l'air, j'ai toujours opéré non-seulement sur de l'alcool anhydre, et avec des acides chimiquement purs, mais les papiers réactifs, les sels, etc., étaient desséchés, soit à l'étuve; soit dans le vide, à des températures différentes suivant leur nature; après quoi je les introduisais dans des tubes renversés dans la cuve à mercure, et remplis de ce métal bien sec. J'évitais de la sorte l'absorption de la plus petite quantité d'eau. Si M. Leroy eût opéré de la sorte, ses résultats ne différeraient certainement pas des miens. Mais je le répète, lorsque l'on opère sur des matières qui contiennent la moindre quantité d'eau, cette eau apporte nécessairement une perturbation dans le phénomène, et son effet est d'autant plus rapide, que la quantité de ce liquide est plus considérable.

BIBLIOGRAPHIE.

SEPTEMBRE, 1833.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE

De la Médecine ancienne et moderne; par MM. Dezeimeris, Ollivier (d'Angers), et Raige-Delorme.

(Tome Ier. — 2e Partie.)

Nous avons déjà parlé du premier volume.

Le second est plus important encore, il renferme les noms de Boerhaave, de Brown et de Bordeu, trois célébrités qui ont eu la plus grande influence sur les progrès des sciences médicales. Cet homme, auquel un mandarin de la Chine écrivit une lettre avec une suscription si flatteuse; ce médecin si remarquable par ses vastes connaissances, son esprit méthodique, et aussi par ses erreurs, Boerhaave enfin, est représenté sous un vrai jour. Les auteurs avancent avec raison qu'il était parvenu à une si haute réputation, plutôt par sa facilité extraordinaire pour le travail et l'éclat de son enseignement que par la puissance de son génie; car, sous ce rapport, Frédéric Hofmann et Stalh, ses contemporains, lui étaient supérieurs.

Brown a été opposé sous beaucoup de rapports à Boerhaave. Le médecin écossais aimait peu le travail; son caractère bouillant le jeta dans des excès qui ruinèrent sa santé et sa réputation. Mais à travers ces défauts brillait un génie qui est parvenu à maîtriser tous les esprits contemporains. L'incitabilité, cette haute conception physiologique, a servi de point de départ à des doctrines opposées pour les conséquences thérapeutiques, mais dont les principes sont cependant les mêmes. On sait qu'un homme d'esprit a dit que le *physiologisme* n'était que le *brownisme* retourné.

Les auteurs du Dictionnaire donnent un aperçu de cette dernière doctrine, qui, quoique très-abrégé, peut cependant faire entrevoir toutes les applications dont elle est susceptible.

Bordeu, esprit original et profond, débuta à Paris par les Recherches sur les glandes et leur action. Ce médecin, qui d'abord ne s'était distingué que comme un esprit spéculatif, fut bientôt recherché, même parmi ses confrères, comme praticien habile. Mais devaient arriver les inévitables, les rivaux, puis des ennemis d'autant plus acharnés, que le mérite de Bordeu était incontestable. Bouvart se distingua surtout par ses calomnies. Enfin Bordeu fut rayé par ses confrères de la liste des membres de la faculté. Avis aux honnêtes médecins qui, tous les jours, s'évertuent pour créer un conseil de discipline, et qui, fatigués de leur liberté, veulent absolument se forger des chaînes.

Bordeu était porté pour le naturisme, car « il reconnaissait pour premier principe de la philosophie médicale, la nécessité d'étudier les lois de la vie par l'observation des êtres qui la possèdent, au lieu d'imiter ces médecins à systèmes, pour lesquels la physiologie n'est qu'une série de déductions hypothétiques, tirées des principes de la physique générale. »

Mais l'article Chirurgie est certainement le plus remarquable du volume que nous avons sous les yeux. Les auteurs arrêtent leur histoire à notre siècle; ils traiteront ce qui se rattache à cette période dans un aperçu historique qui sera en tête de la Bibliographie de cette époque. Ici il faudra toute l'indépendance et le talent des auteurs pour trouver la vérité et pour la dire sans acception de nom, de dignité, etc. Nos célébrités, surtout les célébrités chirurgicales s'identifient tellement avec leurs œuvres, qu'en attaquant les unes on est sûr de blesser les autres. Ainsi, dites à M. X... que le procédé qu'il a mis au jour n'est pas rationnel, il prendra cette vérité pour une personnalité; voilà pour vous un ennemi de plus. S'il devient un jour votre juge, ne comptez pas sur sa voix, quel que soit votre mérite. Trouvez chez les Grecs ou les Romains une méthode que M. Z... veut absolument avoir inventée, il va crier à l'expropriation, et vous allez passer pour un forban littéraire.

Cependant l'intérêt de la science doit marcher avant tout. L'histoire qui ment n'est plus de l'histoire. Nous espérons que MM. Dezeimeris et Compagnie traiteront nos contemporains comme ils ont traité les anciens.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques du lobelia syphilitica et du lobelia inflata; mémoire lu à la Société médico-botanique de Londres, le 24 juin 1833, par le docteur Sigmond.

L'auteur rappelle d'abord que le genre auquel ces deux plantes appartiennent a été ainsi nommé en l'honneur du célèbre botaniste Mathieu de Lobel. Ces deux espèces ont été seules admises dans la pharmacopée américaine. La première, le lobelia syphilitica, a joui pendant quelque temps d'une grande renommée dans le traitement de la gonorrhée; mais depuis, l'expérience a démontré que bien qu'elle eût une action spécifique sur la muqueuse de l'urètre et du vagin, et qu'elle arrêtât en effet quelquefois une gonorrhée ou une leucorrhée, cependant on ne connaît pas encore bien son mode d'action; car, dans un assez grand nombre de cas, au contraire, elle aggrave les symptômes de ces maladies d'une manière très-notable.

Le (lobelia inflata), dont l'auteur s'occupe uniquement dans le reste de son travail, est une plante triennale, indigène des Etats-Unis, où elle croît en abondance, surtout dans la Virginie. Les feuilles et la capsule de cette plante son extrêmement âcres,

et leur goût se rapproche beaucoup de celui du tartre émétique. Lorsqu'on les conserve pendant quelque temps dans la bouche, on éprouve aussitôt des tournoiemens et une forte douleur de tête, avec une agitation ou une espèce de tremblement par tout le corps; à la fin, il survient des nausées et même des vomissemens.

Cette plante a été rangée parmi les émétiques de la pharmacopée américaine, et est administrée à la dose de 15 grains pour déterminer le vomissement, ce qui a lieu ordinairement, mais avec un relâchement général, un état de débilité, de la sueur, et quelquefois de la diarrhée. Le docteur Eberts l'a administré comme émétique dans le traitement du croup, et assure en avoir obtenu des effets remarquables. Il a été employé à l'extérieur sous forme d'infusions par Straf, dans l'opthalmie; mais c'est le docteur Cutter qui le premier en fit usage dans les accès d'asthmes spasmodiques. Depuis dix ans, il était sujet à des accès, contre lesquels il avait essayé tous les moyens conseillés dans ces cas, et sans presque en retirer aucun soulagement. Ayant entendu vanter cette plante comme un remède populaire, il résolut d'en faire l'essai, et la première dose de teinture qu'il en prit, non seulement calma la violence des paroxysmes, mais son usage continué en empêcha le retour et diminua beaucoup la dyspnée qu'il avait habituellement. Le docteur Drury en éprouva aussi un soulagement immédiat pendant un accès violent, dans lequel l'embarras de la respiration était beaucoup plus fort qu'à l'ordinaire; une cuillerée à thé, d'une teinture éthérée et saturée, agit comme un charme et fit cesser complètement l'accès dans l'espace de trois minutes. Au bout de dix minutes, une seconde cuillerée détermina quelques nausées. Après dix autres minutes, la dose fut répétée et excita le vomissement avec une sensation de picottement à la peau. Depuis ce temps, la maladie a complètement disparu, et la santé générale s'est considérablement améliorée. Le docteur Barton, le docteur Stewart, et d'autres médecins d'Amérique, l'ont essayée avec le même succès. C'est le docteur Reece qui l'a importée en Angleterre; mais avant lui le docteur J. Andrew l'avait déjà essayée, et a publié sur ce sujet un mémoire intéressant dans le Journal médical de Glascow. Depuis, beaucoup de médecins l'ont employée avec succès, et parmi eux le docteur Sigmond, qui ajoute son témoignage aux précédens, en faveur des propriétés de cette plante.

Généralement la première dose administrée pendant un accès d'asthme spasmodique calme la respiration et la ramène à l'état naturel. En même temps elle diminue l'engorgement des vaisseaux bronchiques par l'expectoration du mucus qui s'établit presqu'aussitôt. On peut employer ce moyen dans presque tous les cas d'asthme, et il paraît jouir d'une propriété spécifique contre cette maladie. On veut expliquer son action en disant qu'il calme l'excitabilité de la huitième paire de nerfs. On l'a essayé aussi avec un succès notable dans le traitement de la coqueluche. Le docteur Andrew, qui l'a beaucoup employé, affirme qu'il n'a jamais trompé son attente, excepté dans un cas, et que toujours il a guéri la maladie. Il a en aussi fait l'essai dans un cas de chorée opiniâtre dans lequel les purgatifs, les antispasmodiques et les toniques avaient échoué. Quarante gouttes de la teinture, administrée trois fois par jour, firent cesser complètement les mouvemens convulsifs des membres, et la malade, qui était une jeune fille âgée de 14 ans, se rétablit promptement. Le même moyen diminue aussi notablement la toux et la dyspnée chez les phthysiques, et sous ce rapport c'est une acquisition d'une grande valeur pour la thérapeutique.

Dans quelques cas, on recommande de fumer les feuilles sèches de lobelia, mêlées à d'autres plantes dans la proportion d'un quart, et l'on dit en avoir obtenu des effets très-avantageux.

On en fait une préparation ressemblant à l'oxymel, mais dans laquelle on remplace le miel par le sucre de lait. Le sucre retiré du petit lait de la vache ne fermente pas dans l'estomac comme les sirops et les oxymels, et ne produit pas cette flatulence qui est si incommode pour les asthmatiques.

Voici la formule américaine :

Lobelia inflata. Uncias duas.
Alcoolis diluti. Octantem unam.
Digere per dies decem et cola per chartam.
On en prend de 20 à 40 gouttes.

Les médecins préfèrent généralement la teinture à la poudre de feuilles; mais la préparation la plus efficace est la teinture éthérée, que l'on obtient en dissolvant dans l'éther l'extrait que l'on a préparé par la vaporisation spontanée. Une cuillerée à thé de cette teinture, prise pendant un accès, a ordinairement un effet très-prompt.

Mémoire sur une méthode simple et nouvelle de découvrir les poisons métalliques dans les cas d'empoisonnement; lu au collége de médecine de Londres, le 24 juin 1833, par le docteur Clendining.

Dans ce mémoire, l'auteur s'efforce de démontrer la supériorité de la méthode qu'il appelle nouvelle, et qui n'est autre qu'une application des lois de l'électro-galvanisme établies par sir H. Davy, au sujet qui nous occupe.

Le docteur Clendining commence par critiquer la méthode employée aujourd'hui par les médecins légistes les plus renommés, MM. Orfila et Christison, et qui vraiment arrive à des résultats merveilleux, puisqu'à l'aide de cette méthode on peut découvrir une quantité extrêmement petite d'une substance métallique vénéneuse. Mais un défaut capital de cette méthode, c'est la difficulté qu'offre son emploi, difficulté qui est telle, dit le docteur Clendining, qu'elle ne peut être employée que par des hommes extrêmement habiles dans l'art des manipulations chimiques, et conséquemment ne peut convenir à la majorité des médecins qui peuvent être appelés journellement pour des questions où elle doit être employée.

La méthode électro-chimique fut indiquée par M. Edmond Davy dans les Transactions philosophiques pour 1830. Voici en quoi elle consiste. La substance qui est combinée avec l'arsenic est placée dans un creuset de platine avec un peu d'acide muriatique; un morceau de plaque ou de fil de zinc est ensuite trempé dans le mélange, et porté jusqu'au fond il sert à agiter le mélange pendant une ou deux minutes. Alors on trouve le platine couvert d'une couche plus ou moins forte d'arsenic métallique d'une couleur grise, s'il est complétement

désoxidé; mais offrant le plus souvent des teintes de gris, de pourpre ou de brun. Cette teinte métallique s'évapore facilement à l'aide d'une lampe à esprit de vin en vapeurs olliacées d'arsenic blanc, qu'il est facile de recueillir en couvrant le creuset d'un morceau de verre. La croûte d'oxide déposée ainsi à la surface du verre fournirait facilement, bien qu'elle soit peu abondante, les signes certains à l'aide desquels on constate sa nature par le cuivre ammoniacal ou des solutions d'argent, etc.

M. Clendining cite un grand nombre d'expériences où il est arrivé avec la plus grande facilité à découvrir la nature du métal mélangé. Nous citerons seulement la dernière. « Je mêlai trois grains et demi d'arsenic avec huit onces d'eau, auxquels j'ajoutai huit onces de pain, de bœuf, de pommes de terre, etc., et un peu de vin; je fis bouillir ce mélange pendant une demi-heure; je passai et j'évaporai le résidu à la consistance du miel. Après en avoir concentré une petite portion, je la traitai par l'acide et le zinc. J'obtins une quantité d'oxide d'arsenic sublimé suffisant pour ne laisser aucun doute. »

L'auteur passe ensuite à la comparaison de cette méthode avec celle de MM. Orfila et Christison, et trouve qu'elle offre sur cette dernière des avantages incontestables sous le rapport médico-légal, avantages qu'il trouve dans sa simplicité, la facilité et l'universalité de son application.

Physiologie de l'homme aliéné, appliquée à l'analyse de l'homme social; par M. Scipion Pinel (1).

L'ouvrage dont nous venons de transcrire le titre est un volume de 421 pages, dans lequel l'auteur a cru pouvoir déduire de quelques observations de folie une sorte de théorie générale de psychologie, de morale, de religion et de politique. Nous ne nous chargeons pas de justifier ce plan, l'auteur n'ayant pas lui-même mis beaucoup de soin à nous en montrer l'enchaînement méthodique. Il paraît avoir voulu mettre dans son volume toute sa science sur la philosophie de l'homme; mais son travail ne mérite pas le nom de système. C'est un pêle-mêle d'idées au milieu duquel il n'est pas aisé de se retrouver. A défaut de l'ordre logique, que nous n'apercevons pas, nous prendrons pour base de nos observations l'ordre des matières, et nous discuterons seulement les propositions qui nous ont paru les plus singulières.

Dans une exposition l'auteur annonce qu'il est temps *de confondre de mensonge* les vieilles doctrines de la métaphysique et du matérialisme et d'humilier la gothique science dans tous ses délires. « Mais la tâche est périlleuse et faite pour décourager les mieux résolus; il faut s'attendre à briser » bien des idées humaines. » Si je cite textuellement, c'est que le style inusité de ce livre ne mérite pas moins d'attention que le fond des idées. La science qu'il annonce « aura les deux pieds dans la tombe » de l'homme et sa tête sera aux cieux. » Se taire eût été plus sage, ajoute-t-il (et nous pencherions à le croire aussi), mais un brûlant amour du vrai et l'importance de ses révélations, doivent faire excuser sa témérité. « Et puis quand on en vient à » se jeter en travers d'un monde, il ne faut pas » craindre d'être sali et trépigné par lui et de ne » s'en relever qu'au jour d'équité, au jour de mort; » c'est noble espérance. » Je répète que je ne fais ces citations que pour faire connaître la manière de l'auteur, qui est originale et sans modèle dans la littérature médicale.

Dans son deuxième chapitre se trouve une distinction entre l'âme et l'intelligence, à laquelle l'auteur attache une grande importance. L'ame, c'est la vie en général; l'intelligence, c'est la fonction du cerveau. Cette division n'est ni pire ni meilleure que celle des anciens et des modernes philosophes et ne peut pas conduire bien loin.

Dans le chapitre III, M. Pinel se propose une analyse des fonctions intellectuelles par leurs désordres. C'est une très-grande et difficile tâche que d'analyser, c'est-à-dire de décrire, compter et classer les facultés intellectuelles de l'homme. Si les plus grand esprits s'en sont occupés sans succès, comme dit l'auteur, il serait injuste de lui reprocher à lui-même la parfaite nullité de son travail. Nous dirons seulement que son procédé d'analyse, consistant à étudier l'intelligence dans ses désordres, n'est pas aussi rationnel qu'il le suppose. C'est en effet vouloir étudier la physiologie dans la pathologie; c'est prendre les faits au rebours. Il y a mieux; c'est que, si l'on y regarde de près, cette méthode est impraticable en fait. Toute idée de désordre implique une notion préalable d'un ordre quelconque; le désordre n'est qu'un fait négatif, une interruption de l'ordre; vouloir déterminer l'état régulier par l'observation de l'irrégularité est un non-sens, car l'idée de l'irrégularité suppose l'idée antérieure de la règle. Dans le cas dont il s'agit ici, les dérangemens intellectuels ne sont connus comme tels qu'autant que l'état normal l'est déjà; vouloir pénétrer dans l'intelligence par ses désordres, c'est faire un perpétuel paralogisme et s'abuser soi-même avec des mots. La folie est la maladie de l'esprit, ou, pour parler plus physiologiquement, sinon plus clairement, du cerveau. Or, toute maladie est une exception et toute exception présuppose une règle, l'exception ne serait jamais connue si la règle ne l'était pas. Toute détermination d'un état pathologique (ou anormal) quelconque, soit physique, soit moral, implique la notion préalable d'un état physiologique (ou normal). L'étude de la folie donc, loin de pouvoir nous fournir les élémens d'une analyse de l'entendement, suppose l'existence de cette analyse; car les phénomènes de folie, en tant qu'exceptionnels, irréguliers, négatifs, pathologiques, ne nous apparaissent et n'acquièrent une valeur et un caractère propres et spéciaux, que par leur comparaison avec ceux qui constituent l'état régulier, positif et physiologique de l'intelligence.

La classification des désordres intellectuels que nous trace l'auteur dans le troisième chapitre prouve la vérité de l'observation précédente. Il établit dans l'intelligence une sorte d'échelle d'états pathologiques composée de huit degrés ascendans, qu'il nomme : 1° déraisonnement (divagatio ebrietas); 2° manie, fureur (delirium furens et divagans); 3° monomanie (distortio mentis); 4° démence; 5° imbécilité; 6° bêtise (stultitia); 7° stupidité; 8° abrutissement (amentia). Toutes ces distinctions que nous admettons pour le moment, reposent sur la comparaison des diverses altérations suivant qu'elles modifient en tout ou en partie la conscience, la volonté, la mémoire, le jugement, la perception,

(1) Un vol. in-8°. chez Juste Rouvière, rue de l'École-de-Medecine.

les sensations, etc.... Elles supposent donc des distinctions préalablement établies entre les facultés et les sentimens, c'est-à-dire une psychologie. Que cette classification, fort contestable d'ailleurs, des divers degrés de l'aliénation mentale soit de nature à éclairer la science de l'esprit humain, à remplacer tous les travaux des métaphysiciens et particulièrement les analyses de Condillac, c'est une prétention un peu forte et sur laquelle nous ne pouvons partager l'opinion de l'auteur.

Quant aux conséquences métaphysiques de cette théorie, nous différons aussi d'avis. Suivant M. Pinel, sa doctrine de l'aliénation détruit l'idéalisme intellectuel, par quoi il faut entendre sans doute le spiritualisme, c'est-à-dire la croyance au principe immatériel de la pensée ; j'avoue que je ne vois pas du tout la nécessité de tirer une pareille conséquence; et ces observations ne sont pas plus concluantes à cet égard que celles de tous les physiologistes anciens et modernes. D'ailleurs c'est une question qu'on peut regarder comme insoluble et nous renonçons volontiers à nous expliquer là-dessus. Nous releverons seulement quelques propositions de détail.

M. Pinel prétend que le mot intelligence ne signifie pas plus que le mot rondeur, et que de même que la rondeur n'est rien hors des corps ronds, l'intelligence n'est rien non plus hors de l'organe intelligent. Si l'on désigne par intelligence l'ensemble des faits intellectuels, il a raison; dans ce cas l'intelligence est un terme général, analogue à tous ceux que nous employons dans nos classifications et n'a pas d'autre valeur ; mais si l'on entend par intelligence le principe intelligent lui-même, le sujet pensant, il a tort; car dans ce cas le mot désigne un être et non une classe de phénomènes, une réalité et non une abstraction. Or, cette dernière acception est aussi usitée que la première. Il se rend donc lui-même coupable de ces abus de mots dont il se plaint si amèrement, et contre lesquels il deploie une si fière logique.

La division du cerveau en deux parties égales, qui a suggéré à Bichat quelques grands aperçus et quelques paradoxes, est de nouveau commentée par M. Pinel. Il s'en sert surtout pour expliquer comment des lésions très-graves de la substance cérébrale peuvent exister sans troubler notablement les fonctions. C'est une remarque dont Gall avait déjà fait usage avec son talent ordinaire pour la défense de son système. M. Pinel n'y a rien ajouté.

Dans les chapitres VI et VII, M. Pinel aborde, dit-il, la plus grande difficulté de son sujet, c'est-à-dire la détermination des causes physiques qui, dans le cerveau, produisent les désordres intellectuels. Ici nous entrons dans la médecine. Ces chapitres contiennent, en effet, l'anatomie pathologique de la folie, et une nouvelle classification des désordres intellectuels d'après les altérations cérébrales; mais il règne tant de confusion d'idées et de langage dans toute cette partie du livre, il y a si peu d'ordre et de méthode dans l'exposition, qu'il nous faudrait beaucoup de temps et d'espace pour en rendre compte d'une manière claire et intelligible. Le résultat général est que la folie, anatomiquement considérée, est une irritation du cerveau, et doit être appelée cérébrie. le nom de cérébrite désignant l'inflammation du même organe et son ramollissement. La cérébrie (folie) est 1° aiguë, irritation violente du cerveau (manie furieuse); 2° chronique, induration (dimence. imbécillité, idiotisme); 3° partielle, irritation d'une partie du cerveau (monomanie, suicide, manie sans délire, mélancolie); 4° sympathique, réaction des viscères sur le cerveau (hypocondrie, hystérie). Toutes les maladies du cerveau, dans la folie, se réduisent à une seule, l'irritation. L'irritation vive et aiguë est caractérisée, par la surexcitation des facultés; l'irritation chronique par leur faiblesse, leur délabrement Dans ces deux périodes, les phénomènes sont le résultat d'une seule maladie de la pulpe cérébrale, d'un vrai catarrhe cérébral, dont les seules différences sont l'acuité ou la chronicité. Le catarrhe cérébral aigu est caractérisé par l'injection sanguine de la substance et par les marbrures et plaques imprimées à la surface extérieure de l'organe; le chronique par la décoloration de la substance grise et le durcissement général de la blanche. Le traitement est, dans tous les cas, antiphlogistique et dérivatif. Dans cette doctrine les faits anatomiques sont à MM. Foville et Pinel-Grand-Champ; la théorie à M. Broussais. Elle se trouve dans le livre de l'irritation et de la folie.

Nous ne pouvons songer à la discuter. Nous demanderons seulement si c'est apporter beaucoup de clarté et de philosophie dans le langage que de changer le mot folie pour celui de cérébrie, et d'en désigner les diverses espèces par la désignation des divers états pathologiques du cerveau qui sont supposés leur correspondre ? Cette classification anatomique est-elle fondée sur assez de faits pour justifier l'adoption de la phraséologie de l'auteur? Peut-elle se prêter à toutes les nuances des désordres intellectuels ? Il y a dans tout cela un grand vice de logique.

L'auteur écrit ensuite sur le suicide et la peine de mort quelques pages à effet. Il prétend que le suicide est un acte de folie dans tous les cas, et que Caton se tua par démence. Nous lui laissons la responsabilité d'un pareil jugement.

Dans le chapitre VIII commence une dissertation sur la vie en général, qu'on ne croyait pas devoir trouver là. L'auteur divise la vie en cérébrale et nutritive; c'est la division de Bichat et celle des anciens. Puis il attribue à Cabanis la première idée de la distinction des sensations en internes et externes. Nous dirons à cet égard que cette division ne mérite pas l'admiration de M. Pinel, qui veut en faire la base d'une science grande et imprévue de l'homme moral, religieux et politique. Les sensations, en tant que sensations sont toutes internes, c'est-à-dire des modifications d'un même centre ou sujet sentant; ce sont leurs causes qui peuvent être externes ou internes : les émanations de la rose sont une cause externe de sensation; le choc du cœur contre les parois thoraciques, la faim, la soif, sont des causes internes. C'est ainsi qu'on a admis de sens externes et internes suivant qu'ils sont situés à la périphérie ou dans la profondeur du corps; mais dans tous les cas la sensation, c'est-à-dire l'acte moral, est toujours intérieure. Prise à la lettre, cette division ne répond à rien de réel. Si par sensations internes, mot impropre inventé par l'école de Condillac, on entend désigner les influences des viscères de la vie organique sur les penchans moraux et sur l'intelligence, la division prend un sens raisonnable. Bichat a beaucoup insisté sur cette idée. Il a rapporté tous les phénomènes des passions aux organes abdominaux et thoraciques ; il n'a laissé au cerveau que la raison et l'intelligence. Gall et Georget ont accordé, au contraire, au cerveau toutes les attributions morales et intellectuelles. M. Pinel a adopté l'opinion de Bichat, qui forme aussi la base de l'inintelligible idéologie de M. Broussais. M. Pinel donne au cer-

veau les sensations (intelligence, raison, etc); au cœur, les sentimens (passions, etc.). Le commerce continuel établi entre ces deux centres forme toute la vie intellectuelle et morale. M. Pinel dit de très-belles choses sur le cœur. Il assure que cette organe musculaire a la conscience physique de lui-même, de ses souffrances et de ses plaisirs, et qu'il a le souvenir physique de ses propres modifications.

Je regrette de ne pouvoir parcourir les chapitres IX et X, où l'on trouve une si curieuse analyse des passions et de la conscience. Personne encore, excepté toutefois M. Broussais dans son livre de l'irritation, n'a dit des choses plus surprenantes sur la philosophie de l'esprit humain. Il est impossible d'être à la fois plus physiologique et plus incompréhensible. Je ne parle pas du style qui est partout d'une originalité étonnante.

Les derniers chapitres sont consacrés à la morale naturelle et évangélique, qui sont toutes deux physiques, quoique morales; à la religion physique aussi, et enfin à la politique, probablement aussi physique que tout le reste.

S'il nous fallait résumer le vaste système de l'auteur du présent livre, et déterminer son *credo* sur les grandes questions philosophiques, nous le déclarerions un disciple direct et fidèle de M. Broussais. Seulement nous ne pouvons nous expliquer pourquoi il tonne si fortement contre Helvétius et l'école matérialiste. Sa philosophie est au fond absolument la même.

Mais c'est surtout par la forme que la physiologie de l'homme aliéné se fait remarquer. Le style est d'un bout à l'autre dans le genre sublime. L'auteur chante plutôt qu'il ne parle; ce n'est pas un simple philosophe, c'est un poète. Il y a dans sa manière du Bossuet, du Pascal, du Montesquieu, du Rousseau. On sent partout la louable intention d'imiter les formes de ces grands maîtres; et il les surpasse certainement en hardiesses de tout genre. Celle qui lui est la plus familière c'est la suppression des articles indéfinis, *un*, *une*; *des*, *du*, etc..... dont quelques-uns de nos réformateurs modernes de la langue française ont donné les premiers exemples, mais que M. Pinel a poussée jusqu'à ses derniers termes. Ce livre fera époque sous ce rapport; il doit compter parmi les chefs-d'œuvre de la littérature médicale-romantique. X.

Pathologie de l'estomac, des intestins et du péritoine, éclairée par l'observation et le raisonnement physiologique, avec des vues nouvelles sur le flux, les hémorragies spontanées et sur la cause épidémique et le traitement du choléra-morbus asiatique, de la fièvre jaune et du typhus; par C. B. Chardon, D.-M.

Nous devons, avant d'entrer dans l'examen de ce second volume, relever quelques reproches que nous adresse M. Chardon, dans sa préface, sur l'article dans lequel nous avons rendu compte du premier volume de son ouvrage. Les fonctions que remplit la presse périodique dans la société actuelle sont trop élevées pour qu'elle ne doive pas se disculper de toutes les atteintes portées à son honneur et à son impartialité. L'auteur se plaint de ce que, dans cet article, nous n'avons parlé de son ouvrage que pour l'anathématiser. L'expression est un peu exagérée; nous avons dit franchement de cet ouvrage ce que nous en pensions, et si notre opinion sur le mérite de la pathologie de l'estomac, des intestins et du péritoine, n'est pas d'accord avec celle de M. Chardon et même avec « celle de quelques praticiens très-distingués, de Paris, de Lyon et d'autres villes de France, qui ont bien voulu lui donner des encouragemens, » nous n'avons point prétendu que tout le monde et M. Chardon lui-même dût être de notre avis; nous savons bien que l'amour paternel nous aveugle trop souvent sur les défauts de nos enfans pour les reconnaître nous-mêmes; c'est aussi le même motif qui nous fait attacher peu d'importance à l'injustice des reproches que nous adresse M. Chardon d'avoir été plus fidèle à notre système qu'à nos devoirs. Nous ne répéterons pas ici les considérations que nous avions apportées à l'appui de notre opinion. M. Chardon prétendrait-il donc que l'opposition de la Gazette médicale au système dont il se fait un peu tardivement le défenseur, et avec de faibles armes, au moment où il s'écroule de toutes parts, serait plus systématique que consciencieuse? Cette accusation serait mal placée au moment où nos efforts sont couronnés du plus grand succès.

Le reproche sur lequel nous avions le plus insisté en parlant du premier volume, c'était que l'auteur eût complètement négligé l'anatomie pathologique, parce que d'abord nous ne pensons pas que l'on puisse faire un travail complet de pathologie spéciale sans tenir compte de cet élément des connaissances médicales, et ensuite parce que sans le secours de l'anatomie pathologique la médecine physiologique ne peut soutenir un instant un examen un peu sérieux. Elle a pris naissance au moment où l'anatomie des organes malades commençait à être étudiée sur une bien plus grande échelle qu'elle ne l'avait été jusqu'alors, et elle a habilement profité de ces prétendues lésions, de ces rougeurs effroyables et de mille autres circonstances nouvelles alors, mais qui aujourd'hui ont perdu une partie de leur importance, pour effrayer les hommes que leur position et leurs habitudes forçaient à s'en rapporter aux recherches des autres, et imposer ainsi ses croyances au monde médical. C'est dans les amphithéâtres et sous l'influence de l'exaltation produite sur les esprits par les brillantes applications que l'on attendait des recherches d'anatomie pathologique et que le système de la médecine physiologique promettait de réaliser qu'elle a pris naissance; hors de là, elle n'a éprouvé, comme système général, que des revers; aussi reprochions-nous à M. Chardon d'avoir complètement négligé la partie anatomique de l'étude des phlegmasies gastro-intestinales et des fièvres. Cet oubli est réparé dans le second volume que nous avons sous les yeux, où un article est consacré à l'anatomie pathologique de l'estomac, un autre à celle des intestins et un troisième à celle du péritoine.

Après ce que nous avons dit dans notre premier article sur la manière générale, dont l'auteur considère son sujet, il nous reste peu de choses à dire de cet ouvrage dont, nous nous plaisons à le dire, malgré les préventions qu'il nous suppose, le style est toujours clair et plus chatié que ne l'est en général celui des ouvrages spéciaux consacrés à l'étude de la médecine.

Nous dirons encore que le second volume nous paraît supérieur au premier, et parmi les sujets qui nous semblent l'emporter sur les autres nous citerons surtout ceux où l'auteur s'occupe des affections rhumatismales, soit de l'estomac, soit des intestins. Pour lui, ce sont toujours des inflammations ou phlegmasies, soit aiguës, soit chroniques, du tube

digestif; mais bornées, suivant l'auteur, à la tunique musculaire. Les caractères de ces états morbides sont bien tracés, et quelques observations rapportées à l'appui viennent nous démontrer le talent d'observation de l'auteur; et si dans cette description on ne trouvait pas constamment l'influence des idées systématiques sur les inductions thérapeutiques que l'auteur tire de ces faits, cette partie de l'ouvrage du docteur Chardon nous semblerait ne mériter que des éloges; mais quand on part d'une idée préconçue, la présence de l'inflammation, il est impossible de ne pas en subir l'influence. Cependant nous devons tenir compte ici à l'auteur des efforts qu'il fait pour se débarrasser de cette influence, qui le domine dans tout son travail. Dans toutes les phlegmasies, ou prétendues phlegmasies, qu'il passe en revue, il voit autre chose que l'élément sanguin à combattre, et suit aussi les traces de l'excitation nerveuse, qu'il considère comme l'ame de tout état pathologique, et sous ce rapport mérite réellement d'être distingué de la plupart des partisans outrés de la médecine physiologique, qui pendant longtemps ont cru qu'il suffisait de tirer du sang pour amener presque tous les états morbides à une heureuse solution, ne cherchant pas à apprécier, à constater la cause qui, même dans beaucoup de phlegmasies, détermine cette congestion sanguine, et contre laquelle, lorsqu'on peut la reconnaître ou même la soupçonner, le traitement doit être presque uniquement dirigé; il est facile de concevoir qu'avec ces modifications dans le système de la médecine physiologique, l'auteur, bien que partant de théories fausses, puisse être un habile et même un heureux praticien.

Nouveaux Élémens de physiologie pathologique, et exposé des vices de l'expérience et de l'observation en physiologie et en médecine, par J. Surun, D.-M. — Paris, 1824.

Le Vitalisme expliqué, ou Nouvelle Doctrine physiologique et médicale, par le même. — Paris, 1833.

Dans ces deux brochures qui sont du même auteur et dont l'une remonte déjà à plusieurs années, M. Surun s'élève contre l'ordre d'idées qui domine maintenant en médecine, et avance tant contre la tendance aujourd'hui existante de rapporter tous les désordres de l'économie vivante à des altérations organiques appréciables qu'en faveur du vitalisme des preuves qui ne manquent certainemant pas de force. Après avoir examiné beaucoup de points de physiologie normale et morbide, il se trouve amené à admettre l'existence d'un principe vital ou moteur général répandu dans l'espace, et qui, continuellement absorbé par la peau, les poumons, les organes digestifs, s'accumule dans le cerveau et les ganglions, et delà est reporté par les nerfs dans les organes qu'il met en action, et d'où il sort par la voie des excrétions ou des exhalations.

Il nous a suffi d'exposer cette théorie dont l'auteur tire des inductions plus ou moins ingénieuses pour l'explication d'un grand nombre de phénomènes tant normaux que malades, pour faire comprendre que nous ne pouvons le suivre dans les applications qu'il en fait à l'étude de la pathologie et du traitement des maladies. La base sur laquelle tout son système repose étant purement hypothétique, on ne peut attacher une haute importance aux conclusions qu'il en tire, bien que, dans un bon nombre de cas, elles offrent des explications en apparence assez plausibles de faits qui sont tout-à-fait inexplicables dans la doctrine de la médecine organique.

Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et la différence de ces deux maladies; par J. L. Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu et de la prison de Roanne de Lyon, etc., Paris, 1832; in-8°, p. 178. Chez Gabon.

Histoire philosophique de l'hypochondrie et l'hystérie, par E. Frédéric Dubois (d'Amiens), docteur en médecine, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris. Ouvrage couronné par la société royale de Médecine de Bordeaux. Paris, 1833; in-8.° de 550 pages. Chez Deville-Cavellin.

Ces deux ouvrages ont été entrepris pour répondre à la question suivante proposée par la Société royale de Médecine de Bordeaux : « Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hystérie et de l'hypochondrie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies. »

M. Brachet divise son travail en trois sections: la première traite de l'hystérie; la seconde, de l'hypochondrie; la troisième, de l'analogie et différence de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Le premier chapitre porte pour titre : Nature et siège de l'hystérie. M. Brachet se borne à y reproduire les opinions des auteurs sur le siège et la nature de cette maladie.

Dans le deuxième chapitre, intitulé: Etiologie, M. Brachet abandonne cette marche, et sans reproduire le tableau de toutes les causes physiques et morales, hygiéniques et morbides, capables d'occasioner l'hystérie, il se borne à faire remarquer que chaque auteur a fixé principalement son attention sur celles des causes qui se trouvent en rapport avec la théorie qu'il a adoptée sur la nature de l'hystérie.

M. Brachet continue la même marche dans son chapitre III, intitulé : Symptomatologie. Ce n'est point à l'énumération de tous les symptômes qui ont été observés dans l'hystérie, que ce chapitre est consacré : c'est aux explications que les auteurs ont données de ces phénomènes, parce que ces explications sont fondées sur la nature supposée de la maladie.

Dans le chapitre IV, consacré au pronostic, M. Brachet émet cette opinion : que rappeler les paroles de chaque auteur pour faire connaître la manière dont il a jugé le degré de gravité dans l'hystérie, entraînerait dans une série de répétitions d'autant plus ridicules qu'elles seraient inutiles à la solution de la question. Lorsque l'hystérie est idiopathique, simple et récente, on peut espérer de la guérir; lorsqu'elle est symptomatique, compliquée ou chronique, on ne doit guère se bercer de cette espérance.

M. Brachet, dans son chapitre V consacré à la thérapeutique, ne veut ni tracer un plan de traitement méthodique, ni faire l'historique des différentes méthodes, ni donner l'énumération de tous les moyens conseillés, mais bien étudier l'influence que les di-

férentes opinions ont exercées sur la thérapeutique de l'hystérie.

L'opinion qui fait de la matrice un animal dans un autre animal a donné l'idée d'arrêter les crises hystériques en comprimant le bas-ventre pour faire rentrer la matrice dans le bassin et l'y maintenir.

Ceux qui ont cru que l'hystérie était due à la non-satisfaction des désirs vénériens ont conseillé le mariage, la titillation du clitoris.

Ceux qui ont placé le siége de l'hystérie dans l'encéphale ont conseillé les distractions.

Ceux qui ont regardé l'hystérie comme une affection partielle ou générale du système nerveux ont conseillé les calmans physiques, moraux, intellectuels, pharmaceutiques. Pomme a été trop loin dans l'emploi des bains et de l'eau de poulet; M. Villermay donne les préceptes les plus judicieux.

Dans sa deuxième section, M. Brachet suit, pour l'hypochondrie, exactement la même marche que dans l'hystérie. Ainsi; dans son chapitre Ier : Opinion des auteurs sur la nature et le siége de l'hypochondrie; dans son chapitre II : Réflexions analogues à celles qu'il a faites sur l'étiologie de l'hystérie; dans son chapitre III : Influence des opinions des auteurs sur le choix, l'énumération, la manière d'envisager les symptômes de l'hypochondrie; dans le chapitre IV : Analyse du pronostic porté par les auteurs sur cette maladie; dans le chapitre V : Influence que les opinions des auteurs ont exercée sur la thérapeutique de l'hypochondrie.

La troisième section, qui est la partie la plus importante du travail de M. Brachet, se divise en trois chapitres.

Dans le premier, l'auteur recherche le siége et la nature de l'hystérie; cette affection peut avoir son point de départ dans tous les organes, cerveau, utérus, estomac, foie, rate, etc., diversement altérés; mais c'est dans les nerfs cérébraux qu'est le siége de la maladie. Tous paraissent également affectés. Si le nerf de la huitième paire joue un plus grand rôle, cela tient bien plus au nombre des organes auxquels il se distribue et à l'importance de leurs fonctions, qu'à la plus grande fréquence ou à la spécialité. L'affection de ces nerfs consiste dans un mode particulier d'excitation. M. Brachet propose de nommer l'hystérie névrospasmie-cérébrale.

Dans le chapitre II, M. Brachet prétend que l'observation des auteurs et la nature des faits lui permet, 1° de regarder l'hypochondrie comme n'ayant son siége dans aucun des organes principaux de l'économie, cerveau, foie, estomac, rate, etc., au moins à son début et pendant long-temps; 2° d'en placer le siége dans les nerfs, puisque tous les actes morbides s'opèrent sous leur dépendance; 3° de regarder les deux systèmes comme spécialement affectés; 4° de voir dans la manière dont ils sont affectés, moins une irritation qu'un désordre, une viciation, une aberration de fonction. M. Brachet propose en conséquence de nommer l'hypochondrie, névrataxie cérébro-ganglionaire, expression qui indique que ce sont les nerfs qui sont malades, qui spécifie leur mode d'affection, l'ataxie; qui indique en un mot l'ataxie des nerfs cérébraux et ganglionaires.

Le chapitre III renferme la conclusion de M. Brachet : il ne peut donc pas y avoir identité d'affection ni de siége entre l'hystérie et l'hypochondrie, puisque l'une est une affection spasmodique du système nerveux cérébral seulement, et que l'autre est une ataxie des deux systèmes. Ainsi, 1° il n'y a pas identité entre l'hystérie et l'hypochondrie; 2° ces deux maladies diffèrent par leur siége et par le mode d'affection, par conséquent par la forme des phénomènes, qui sont des spasmes dans l'une, et des viciations dans l'autre.

Nous croyons que M. Brachet, au lieu de chercher à prouver la différence des deux maladies dont il avait à s'occuper par une différence de siége qui est le point en litige et l'inconnu du problème, aurait peut-être pris une base plus solide en faisant ressortir cette différence, de l'examen comparatif et raisonné des causes et des symptômes, objets bien connus et sur lesquels tout le monde est d'accord. C'était, ce nous semble, un moyen de jeter encore quelque jour sur le siége du mal, objet qui sera long-temps en contestation. C'est le plan qu'a suivi son compétiteur auquel a été adjugé le prix, et dont nous allons maintenant examiner le travail.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur l'état actuel de la médecine, M. Dubois passe à la différence des causes de l'hystérie et de l'hypochondrie.

L'hypochondrie règne dans les régions tempérées et dans les régions froides et humides, parce que, dès que l'homme y est au-dessus des premiers besoins de la vie, son entendement y reçoit un haut degré de culture et d'activité, et se prédispose aux lésions morales. L'hystérie, au contraire, mode vicieux d'innervation, se montre plutôt dans les climats chauds qui favorisent si puissamment le développement des constitutions nerveuses.

Si le gouvernement politique a une influence remarquable sur l'hypochondrie, le gouvernement domestique n'a pas moins d'effet sur l'accroissement de l'hystérie, et, toutes choses égales d'ailleurs, plus ce dernier gouvernement sera relâché, plus les femmes hystériques seront nombreuses.

En fait de croyances religieuses, le sensualisme dispose à l'hypochondrie, le mysticisme à l'hystérie.

De l'observation attentive des symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie aurait dû résulter une idée-mère, savoir : que les causes de l'hypochondrie s'adressent plus particulièrement à l'esprit, et indirectement aux organes, tandis que les causes de l'hystérie s'adressent dans le plus grand nombre des cas directement aux organes.

La civilisation ne prédispose pas également à l'hypochondrie et à l'hystérie. Ce qui tend à modifier l'esprit contribue au développement de la première. Ce qui tend à développer un système particulier d'organes, au développement de la seconde.

L'hypochondrie n'est point ordinairement héréditaire; l'hystérie l'est souvent.

Pour que l'hystérie développe l'appareil complet de ses symptômes, il faut que la vitalité des organes qui en sont le siége soit viciée : or, cette vitalité, spéciale dans la femme, est surajoutée, pour ainsi dire, à son organisation; ses phénomènes commencent plus tard, et finissent plus tôt que ceux de la vie générale. Ainsi, Démocrite n'avait point tort d'écrire à Hippocrate que l'hystérie devait être rapportée au système utérin; aussi, lorsque ce système est devenu nul dans l'économie de la femme, elle n'est plus apte à devenir hystérique, et se rapprochant de la nature de l'homme, elle peut devenir hypochondriaque.

Le tempérament n'a qu'une influence équivoque sur le développement de l'hypocondrie, tandis que l'hystérie trouve la plus forte prédisposition dans la constitution nerveuse.

L'observation et le raisonnement ne prouvent pas que les divers genres d'alimentation aient une influence bien marquée sur le développement de l'hypochondrie, tandis que la constitution nerveuse, déjà étroitement liée aux accidens hystériques, s'y trouve bien plus fortement prédisposée par des écarts de régime, en plus comme en moins, chez les femmes qui vivent dans l'oisiveté.

Sous le rapport des passions considérées comme causes de l'hypochondrie et de l'hystérie, il existe cette différence remarquable, que les personnes, jadis passionnées, pourront, lorsque les passions qui les attachaient au dehors d'elles-mêmes sont éteintes, devenir hypochondriaques. Les passions n'ont été pour elles que des causes véritablement éloignées; aussi les personnes qui n'ont pas de passions, c'est-à-dire les égoïstes, peuvent aussi et plus souvent encore tomber dans l'hypochondrie par l'effet des causes déterminantes qui seront indiquées plus tard; l'hystérie, au contraire, est fréquemment préparée et encore plus fréquemment déterminée par les passions en général, et surtout par les passions dont l'action est vive et brusque.

La masturbation est une cause d'hypochondrie en ce sens qu'un malade peut toujours s'appuyer sur cette circonstance pour se confirmer dans les idées erronées qu'il a sur sa santé; mais cette cause n'est pas aussi puissante et aussi fréquente qu'on le dit : longtemps continuée, elle pourrait disposer de fort loin aux affections hypocondriaques, par les pratiques solitaires qu'elle entraine, les réflexions de pertes de semence, de tempérament ruiné, etc., qu'elle éveille, et enfin parce qu'elle fait que ces individus s'occupent continuellement de leurs propres organes, d'abord par l'attrait de la curiosité et du plaisir, et plus tard par repentir et par crainte.

Au contraire, l'habitude de la masturbation est une des causes les plus évidentes de l'hystérie, elle s'adresse directement aux organes.

Pour ce qui est des idiosyncrasies, il y en a une pour l'hypochondrie : elle est morale ; une pour l'hystérie; elle est nerveuse.

Ici finit l'énumération des causes occasionelles. Susceptibilité morale, susceptibilité nerveuse ou prédisposition hypochondriaque, prédisposition hystérique, voilà ce que l'influence de ces causes a amené et établi dans l'économie animale.

Si M. Dubois eût, en écrivant, tenu plus de compte de la physiologie du cerveau, il eût vu que ce qu'il nomme susceptibilité morale et susceptibilité nerveuse, découlent de l'organisation. Je ne veux pas dire par là qu'il n'y ait pas une différence de causalité. Certes, il y en a, et M. Dubois a parfaitement raison ; mais dire, comme il le répète à chaque ligne, que la série des causes qui prédisposent à l'hypochondrie, s'adresse à quelque chose d'immatériel, et que la série des causes qui prédisposent à l'hystérie, s'adresse à quelque chose de matériel, c'est user d'un langage qui sera difficilement admis aujourd'hui. Si M. Dubois eût dit : les causes prédisposantes de l'hypochondrie agissent sur la matière nerveuse affectée à la manifestation de l'intelligence, les causes prédisposantes de l'hystérie agissent sur une autre portion de matière nerveuse affecté à la manifestation des qualités affectives, cette manière de parler aurait peut-être un sens plus physiologique. Le spiritualisme pur de M. Dubois n'a pas au reste empêché qu'il n'ait analysé avec une savante et rare sagacité, ce qui dans les causes prédisposantes appartient à l'hystérie, et ce qui appartient à l'hypochondrie.

Les causes déterminantes sont divisées en deux ordres : causes déterminantes générales ; celles qui, trouvant une prédisposition établie, déterminent presque toutes les maladies connues ; variations atmosphériques, répercussions d'exanthème, etc., etc.; causes enfin dont le mode d'action n'est pas plus en rapport avec le développement de telle maladie que de telle autre; mais qui trouvant déjà en quelque sorte tous les élémens d'une maladie ne font que la déterminer fortuitement; causes déterminantes spéciales, celles qui amènent plus particulièrement tel ordre de maladies que tel autre. C'est dans cette classe qu'on retrouve des différences pour les deux maladies; ces causes conservent dans leur action un caractère de spécialité.

Les émotions morales, vives, profondes et instantanées, celles qui s'adressent à tout le système sensitif, qui impressionnent l'homme dans tous ses organes, que l'ame n'a pas eu le temps de percevoir, qui ont enfin plus de rapport avec l'innervation qu'avec l'intelligence, sont des causes déterminantes de l'hystérie, tandis que leur influence n'est pas marquée sur le développement immédiat de l'hypochondrie.

Les veilles opiniâtres, les excès d'études, sont plutôt des causes prédisposantes de l'hystérie que des causes déterminantes.

La suppression des règles est une cause générale.

La lecture des livres de médecine, regardée comme une cause d'hypochondrie, est de nul effet sur l'hystérie, à moins qu'on ne veuille appeler livres de médecine certains romans physiologiques propres seulement à polluer l'imagination des jeunes gens.

Dans la prédisposition à l'hystérie, les femmes peuvent être instruites sans dangers; mais ne peuvent être émues impunément.

L'oisiveté, la perte de la beauté peuvent déterminer l'hypochondrie; il en est de même des soins excessifs sur l'état de leur santé dont on entoure certaines gens. Le genre de soins qui cause l'hystérie est celui qui amollit les constitutions nerveuses.

La fréquentation habituelle des hypochondriaques peut amener l'hypochondrie; ce n'est pas la fréquentation des hystériques, mais la première vue d'une hystérique dans son accès, qui peut causer l'hystérie.

Passons à la symptomatologie ; il y a trois périodes bien franches dans le cours de l'hypocondrie. Dans la première période, il n'y a que direction ou application vicieuse des facultés intellectuelles à l'occasion et sous l'influence des causes ci-dessus énumérées ; dans la seconde période, il y a névrose de divers organes, mais plus particulièrement des organes abdominaux ; dans la troisième période enfin, il y a de nombreuses altérations organiques. Dans l'hystérie, il n'y a que deux degrés bien distincts : ce n'est plus l'homme qui, par une funeste et pénible concentration de ses forces mentales, fait naître, en quelque sorte, des altérations dans ses propres organes ; c'est sous l'influence immédiate des agens extérieurs, que des désordres fonctionnels se développent dans l'économie ; il y a un premier degré caractérisé par des phénomènes d'un ordre particulier, phénomènes d'une intensité médiocre, mais suffisamment constatés, et un second degré marqué par le développement de phénomènes violens et suscités par de nouvelles puissances.

Quelle que soit la violence des causes déterminantes de l'hypochondrie, l'invasion de cette maladie n'est jamais brusque, et lorsqu'on a cru trouver, dès le principe, tous les caractères d'une vive affection nerveuse des viscères abdominaux, de deux choses l'une, ou on n'a pas assisté aux phénomènes qui ont précédé cet état, ou on n'en a tenu aucun compte, ce qui arrive souvent, car presque tous les malades, malgré leurs plaintes amères, présentent, dans les premiers temps, tous les attributs d'une parfaite santé.

Au contraire, l'invasion d'une véritable attaque hystérique est subite; ses phénomènes sont de courte durée.

Le diagnostic de l'hypochondrie au premier degré se tire de la manière actuelle de sentir du malade, de l'aspect sous lequel il considère les choses, de ses façons de s'exprimer sur tout ce qu'il a éprouvé.

Le diagnostic particulier des organes, c'est-à-dire, des maladies nées ou entretenues sous la dépendance de l'hypochondrie, consiste à établir si ces organes sont névrosés ou altérés dans leur texture, quels sont ceux qui souffrent réellement.

Les douleurs de la région épigastrique chez les hypochondriaques se distinguent de la gastrite chronique, par le besoin d'alimens, par la non augmentation des douleurs après l'ingestion de substances irritantes, par la continuation des désordres fonctionnels du tube digestif, malgré l'observation de la diète.

Les palpitations des hypochondriaques se distinguent de celles qui sont liées à une affection organique, en ce que, malgré leur intensité effrayante, la dyspnée n'est jamais très-considérable, en ce que la face est très-rarement bouffie, et en ce qu'une intermittence plus ou moins longue succède toujours aux paroxysmes.

Les douleurs de tête des hypochondriaques se distinguent de celles qui sont sympathiques des affections gastro-intestinales en ce que celles-ci sont sus-orbitaires, et que les premières occupent des points très-variables. On sera convaincu que les douleurs ne tiennent point à l'altération locale du cerveau si elles se sont montrées sous l'influence de l'état hypochondriaque, si elles persistent sans désordres, sans malaise dans une partie du corps.

Dans la troisième période de l'hypochondrie, la modification morbide n'a pas seulement porté sur les fonctions ou sur le mode de sensibilité et de contractilité des organes, mais bien sur leur composition matérielle; ainsi, ce sont des lésions organiques de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, etc., déterminés à la fois par les modificateurs sympathiques de l'estomac, c'est-à-dire les inquiétudes morales, l'anxiété, la tristesse, etc., et par les modificateurs directs : régime intempestif, médicamens stimulans, etc.; ce sont des lésions organiques des organes de la circulation : péricardites, latentes et partielles, hypertrophies de la substance charnue du cœur, tubercules à divers états, disséminés dans le parenchyme du poumon, etc.

Après avoir tracé les trois périodes de l'hypochondrie, M. Dubois établit six variétés de cette affection, rangées suivant l'ordre de leur fréquence, ayant pour bases les organes que désignent d'ordinaire les hypochondriaques, dans l'élection qu'ils font d'une maladie. Ainsi : 1° Monomanie hypochondriaque, désordres de l'intelligence, ayant pour objet la santé des viscères abdominaux. 2° Monomanie pneumo-cardiaque, ayant pour objet les organes contenus dans le thorax. 4° Monomanie encéphaliaque dans laquelle les malades placent leurs douleurs dans l'intérieur du crâne. 4° Monomanie asthéniaque dans laquelle les malades, quoique très-robustes, accusent une faiblesse imaginaire, affirment que leurs jambes ne les soutiendraient pas, se sentent dépérir. C'est parmi ceux-ci que se trouvent ceux qui se sont autrefois livrés à la masturbation, qui ont eu des maladies vénériennes. J'ai été souvent consulté par un malade de cette espèce, auquel, en l'arrachant cinq minutes à ces idées de faiblesse, je fis lever à l'extrémité du bras et avec une extrême facilité, un poids de 74 livres. Il eut porté 1500 livres sur son dos. 5° Monomanie nostalgiaque, roulant sur le regret du pays natal. 6° Monomanie hydrophobiaque, variété terrible, heureusement fort rare, dit M. Dubois, qui ne paraît en avoir trouvé d'exemple que dans les auteurs. Comme j'en possède un suivi de guérison, peut-être ne trouvera-t-on pas mauvais que je mentionne ici, en deux mots, cet exemple et le moyen employé : M. A. D.***, homme de lettres, ancien officier de la jeune garde, âge de 30 ans, d'une forte constitution, d'un caractère assez porté à voir tout en noir, fait au café Voltaire une partie de domino. Un petit chien passe près de la table où joue M. D. *** ; celui-ci lui donne un morceau de sucre qu'il destinait à son café. Le chien le flaire et le refuse. M. D. ***, occupé de son jeu, mange le sucre et continue sa partie. « Si ce chien était enragé, lui dit en plaisantant son partenaire? » M. D ***, rentre chez lui, en proie à l'horrible idée qu'on vient de lui suggérer; le lendemain et chaque jour, on envoie, pour le tranquilliser, s'informer de la santé du chien, qui se porte à merveille; mais tout est inutile, l'idée persiste. On m'envoie chercher. Pour tout remède, je fais lever le malade et l'amène chez moi manger des huitres qu'il accompagne de quelques verres de vins fort bien bu, sans spasmes du pharynx; je le distrais le reste du jour; mais à peine l'ai-je quitté, que les idées reviennent. Bien convaincu que le chien se porte bien, M. D.** n'en croit pas moins avoir tous les symptômes précurseurs de la rage, parce qu'il a lu dans des livres de médecine que la rage se développe spontanément et par la seule force de l'imagination. M. Esquirol vient, sur ma demande, voir ce malade, remonte son courage, en lui disant qu'il est impossible qu'il ait lu ce qu'il avance, et qu'en tout cas l'assertion est fausse; cet habile et bienveillant praticien conseille une applicaticion de 50 sangsues à l'anus, suivie de l'administration d'une émulsion d'huile de ricin, et m'affirme que la maladie va cesser au bout de peu de jours. Son pronostic se réalise en effet, et bientôt M. D.*** plaisante lui-même sur ce qu'il appelle sa singulière folie.

Nous croyons que les variétés admises par M. Dubois sont loin de comprendre tous les cas d'hypochondrie, et que d'ailleurs les malades passent souvent d'une variété à l'autre.

La symptomatologie de l'hystérie est traitée avec le même talent que celle de l'hypochondrie; elle est terminée par un tableau comparatif des symptômes de ces deux maladies dont l'auteur fait une double et succinte récapitulation générale, et les plaçant en regard, afin de faire mieux sentir toute l'opposition de ces symptômes, et dans leur mode de développement et dans la nature des lésions qu'ils indiquent.

Après ce tableau, l'auteur traite des terminaisons de l'hypochondrie et de l'hystérie. Les terminaisons fâcheuses de la première affection, citées par les

auteurs, c'est-à-dire les lésions organiques, sont moins des terminaisons que des affections secondaires, toujours sous la dépendance de l'hypochondrie. Les terminaisons fâcheuses de l'hystérie, citées par les auteurs, c'est-à-dire les paralysies partielles, complètes ou incomplètes, les rétractions spasmodiques, les tremblemens, les tics, etc., sont moins des terminaisons que des accidens amenés par la violence des attaques, mais tout-à-fait en dehors de la maladie.

Dans le chapitre intitulé : nature essentielle, M. Dubois reproduit sur le siége des deux maladies, l'opinion de grand nombre d'auteurs anciens et modernes, les interprète, les discute, les juge, puis émet la science que nous citerons textuellement, dans la crainte de faire tort à l'auteur, en la présentant inexacte; car, avouons le, ce point ne nous a pas paru aussi lumineux que le reste de l'ouvrage.

Ainsi donc, pour ce qui a rapport à l'hypochondrie, après avoir rejeté l'opinion de Georget, qui établit que cette maladie est primitivement une affection du cerveau, M. Dubois s'exprime ainsi :

« Les premiers symptômes de l'hypochondrie, les seules symptômes constans, enfin, les symptômes caractéristiques, viennent de l'état de l'intelligence. C'est une vérité fondamentale que nous avons suffisamment établie.

« Dans l'hypochondrie, le principe intellectuel n'est pas malade, et pour le dire en passant, il est impossible d'admettre qu'il puisse jamais le devenir. C'est donc à tort qu'on a soutenu que parfois la folie consiste dans une maladie de l'âme; c'est une erreur : ou l'âme existe par elle-même, tout en se manifestant par les actes du cerveau, ou elle est un produit du cerveau. Si elle existe par elle-même, et c'est notre opinion, elle ne peut être malade, c'est une conséquence de son immatérialité, si elle est un produit du cerveau, un produit ne peut être malade, ce serait alors le cerveau qui serait uniquement affecté. . . . . .

Dans l'hypocondrie, le cerveau et ses annexes ne sont jamais primitivement altérés : on ne peut pas non plus supposer qu'ils soient irrités idiopathiquement ou sympathiquement. . . . . .

« L'hypochondrie dépend d'une manière de penser, nullement amenée, provoquée ou déterminée par une lésion de texture des organes encéphaliques. »

Résumons tout ceci : Hypochondrie, dérangement de l'intelligence, sans dérangement du principe immatériel qui, suivant M. Dubois, produit cette intelligence, ni du cerveau qui la produit, suivant les physiologistes.

Si M. Dubois ne se contredisait pas lui-même en venant de dire qu'un produit ne peut pas être malade, je pourrais encore interpréter son opinion, en disant : l'intelligence est dérangée sous l'influence de causes extérieures sans altération du cerveau, de la même manière que la circulation est dérangée par des émotions morales, sans que le cœur soit pour cela malade.

Quant à l'hystérie, M. Dubois place son point de départ dans l'utérus. Cet organe est atteint d'une simple irritation nerveuse, qui réagit sur l'axe cérébro-spinal, et par sa violente influence, tantôt exalte les facultés morales et tantôt suspend les opérations de l'intellect, suscite sympathiquement des convulsions dans les grands muscles de la locomotion, etc. Il est reconnu que loin d'être enflammée dans l'hystérie, la matrice n'est pas même douloureuse.

M. Dubois n'a pas prouvé, pour nous au moins, que les causes et la succession des phénomènes de l'hystérie établissent le point de départ de cette maladie dans l'utérus. Les causes nous paraissent cérébrales, c'est-à-dire, influençant primitivement et directement l'encéphale qui réagit ensuite sur l'axe spinal, etc., comme l'a dit M. Dubois, et produit tous les phénomènes qu'il a si parfaitement exposés.

Pour ce qui est du traitement, celui de l'hypochondrie sera différent, suivant les trois périodes de la maladie. Dans la première, il sera tout moral, tout intellectuel.

Dans la seconde période, le traitement intellectuel sera combiné avec une médication propre à arrêter les névroses digestives, circulatoires, etc.

Dans la troisième, le traitement intellectuel sera combiné avec le traitement des lésions organiques.

Le traitement de l'hystérie est aussi philosophiquement tracé que celui de l'hypochondrie. Perdant tout-à-fait de vue cette opinion, qui établit le point de départ de l'hystérie dans l'utérus, M. Dubois avoue que ce traitement consiste à remplacer les impressions qui excitent le système nerveux par l'exercice musculaire et tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution. C'est ici proprement une question d'éducation physique. On parle à l'esprit par le moyen des idées; c'est par cette voie qu'on entre dans le traitement de l'hypochondrie; on agit sur l'innervation générale, en modérant ou changeant la nature des impressions et par suite des sensations, et c'est ainsi qu'on peut aborder le traitement de l'hystérie. » M. Dubois a parfaitement raison, et toutes les médications dirigées sur l'utérus ne valent pas ce précepte. « Ici donc, continue M. Dubois, il n'y a plus certaines idées à ménager, certaines préventions morales à respecter, le tout pour s'insinuer dans l'esprit des malades et pour obtenir leur confiance; il faut immédiatement rompre avec tout ce qui tend à vicier le système nerveux. Pour guérir l'esprit, on le ménage, on parlemente en quelque sorte avec lui; pour guérir des organes, on les soustrait immédiatement à l'influence des causes morbifiques. » On voit dans tout ceci qu'il n'est plus question d'utérus. En vérité, M. Dubois semble n'avoir laissé subsister dans son livre cette opinion ancienne que l'utérus est le siége de l'hystérie, que parce qu'après avoir dit : l'hypochondrie est une maladie de l'esprit, il n'a pas osé pousser plus loin et dire : l'hystérie est une maladie du cœur.

Résumons maintenant ce que nous avons à dire sur le livre de M. Dubois; nous n'y avons trouvé que deux points à reprendre : le premier, d'avoir traité avec trop peu de convenance, trop peu d'attention ou d'avoir tout-à-fait négligé quelques auteurs contemporains; le second, d'avoir inutilement introduit dans son livre, une opinion qui n'est plus de mise aujourd'hui. Il y a peu de convenance à dire à M. Brachet, par exemple, dont M. Dubois élude l'objection. « Ces décisions viennent d'un homme qui, plus sage jusque là, s'était borné à méditer sur les bandages à extension permanente, etc., etc... Il a attaqué mon ouvrage d'une manière tellement inepte, que j'ai dû le stygmatiser comme il le mérite. » Il n'y a guère plus de convenance à demander à l'honorable et excellent M. Louyer Villermay : « Qu'est-ce qu'une affection nerveuse qui paraît résider dans une manière d'être du système nerveux qui vivifie les organes digestifs ? » Comme si M. Dubois était inattaquable sur la définition du même objet, et que l'observateur distingué, qu'il interpelle, ne pût à son tour lui demander « qu'est-ce

qu'une affection de l'intelligence dans laquelle, ni le principe de l'intelligence, ni le cerveau, ni son produit, ne sont malades ? » Il y a par trop peu d'attention à dire de Georget : « Une seule chose pourra nous étonner, quand nous aurons examiné ses remarques sur l'état moral : c'est qu'il n'a pas vu que tous les autres symptômes n'ont pas d'autre point de départ dans cette maladie. » Mais c'est précisément là ce que Georget a parfaitement vu, ce qu'il a tant répété, ce qu'il a tout-à-fait mis hors de doute ; c'est même uniquement pour établir ce point, qu'il a écrit sur l'hypochondrie. Seulement, partout où M. Dubois dit esprit moral, âme, Georget dit : cerveau, encéphale, matière, on se sert indifféremment, et en y attachant le même sens, des expressions des gens du monde et des expressions physiologiques. Enfin il y a au moins de la négligence à ne pas savoir que personne n'admet plus aujourd'hui ces opinions surannées, qui font dépendre de tout un système organique, une disposition intellectuelle ou une qualité morale déterminée, et si M. Dubois, dont l'excellent esprit sent si bien tout ce que ces opinions ont de ridicule, n'eût pas autant négligé les auteurs qui ont traité de la physiologie du cerveau, il n'eût pas pris la peine de réfuter Cabanis sur les dispositions morales particulières, nées des tempéramens, parce que, je le répète, il n'est pas un de ces auteurs qui n'ait refuté ces erreurs dues à Galien et auxquelles Cabanis n'a fait autre chose que prêter le charme de son style.

La seconde remarque à laquelle donne lieu le livre que nous analysons, est relative à cette opinion spiritualiste, appliquée à la nature essentielle et au siége de l'hypochondrie, opinion souvent reproduite, quelquefois contredite, toujours soutenue sans succès, quoiqu'avec adresse, et désormais insoutenable puisqu'elle n'a pu trouver de passeport dans le talent de M. Dubois. Cette opinion, n'oublions pas de le dire, est la source unique du peu qui dans son travail prête à la critique, car elle est la cause première de la légère imperfection que nous avons d'abord signalée, comme elle l'est, de plusieurs propositions inadmissibles, telles que celles-ci et bien d'autres : « Il en résulte qu'on n'a jamais pu dire pour les formes physiques, ce qu'on a dit pour l'esprit, c'est-à-dire que tous les hommes naissent semblables, et que l'éducation amène entre eux des différences. » « Rien n'est encore moins prouvé que ce système (que les inclinations morales tiennent à l'organisation), d'où découlent des argumens si commodes pour justifier toute espèce de délit, etc. » « Roussel est tombé dans une erreur commune de nos jours : combien de physiologistes répètent que l'intelligence humaine se développe ou s'affaiblit suivant que nos organes s'affaiblissent ou s'altèrent, etc. » « L'agent des sensations et des mouvemens existe, mais il est inconnu ; on ne sait comment il éprouve des pertes, comment il les répare ; mais il est certain que tandis que tout autour de lui tombe en ruine, souvent le système nerveux reste plein de vie. » « Les fonctions de l'intelligence paraissent se soustraire à cette loi (que l'état des fonctions dépend de l'état des organes). La masse encéphalique peut, en certains cas, être profondément désorganisée sans changement appréciable dans les opérations de l'esprit, etc. »

Disons maintenant que ces propositions mal sonnantes à des oreilles, peut-être trop matérialistes, peuvent être enlevées sans préjudice pour le fond du livre, sans avoir besoin d'être remplacées, sans l'empêcher enfin d'être complet et parfait. Oui, nous le répétons, parce que nous le pensons : complet et parfait (ces propositions enlevées.) L'ouvrage de M. Dubois et l'œuvre d'un grand talent ; tout y est écrit de main de maître, exposé avec clarté et concision ; il est enrichi d'une érudition utile ; tous les faits sont discutés, interprétés, jugés avec une rare sagacité. Il ne nous reste maintenant qu'une crainte, et nous devons en faire l'aveu, pour compenser notre rigueur à citer les passages extraits de l'article : nature essentielle, c'est celle d'avoir fait tort aux beaux articles : Etiologie, Symptomatologie, Terminaisons, etc., par les citations tronquées détachées, isolées, auxquelles nous ont réduit les bornes d'un journal, car nous croyons que rien ne peut suppléer la lecture de cet excellent livre, qui, sur le même sujet, peut au contraire suppléer beaucoup, par l'immensité des recherches exactes qu'il renferme.

C. Londe.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

SÉANCE DU 30 JUILLET.

—

PÉRICARDITE

Produite par l'introduction d'une longue aiguille dans le ventricule droit du cœur.

OBSERVATION COMMUNIQUÉE

Par le docteur Renauldin, et par M. Bouchet, élève interne à l'hôpital Beaujon.

Un homme de 63 ans quitte son pays, et arrive, le 15 juin dernier, à Paris pour terminer, dit-il, quelques affaires d'intérêt. Bientôt on reconnaît qu'il est atteint de monomanie suicide; il écrit un billet pour annoncer qu'il mourra sous cinq ou six jours; il reste sept jours au lit sans prendre aucune nourriture, si ce n'est un peu d'eau rougie. Pendant une nuit, il s'entortille une corde autour du cou, et de lendemain il dit que des Sauvages ont voulu l'étrangler. Il est reçu à l'hôpital Beaujon le 8 juillet. A la visite, ses réponses sont lentes, embarrassées; mais il ne donne aucun des détails qui viennent d'être rapportés, ils ne furent recueillis qu'après sa mort. Il accuse seulement un *asthme* dans le thorax; il y a en effet de l'oppression; matité dans la poitrine en avant et à droite, et à gauche dans la région précordiale. Absence de la respiration aux mêmes lieux; il y a 27 respirations par minutes 129 pulsations au pouls, qui est dur, tendu assez large. Le décubitus se fait d'abord à droite, ensuite à gauche. Sous l'influence de la diète et de boissons sudorifiques, l'oppression diminue beaucoup déjà; quelques alimens peuvent être donnés. Mais le 13e jour, l'oppression augmente, le malade se lève sur son séant, prononce quelques mots entrecoupés, retombe sur son lit et meurt.

Autopsie faite après 24 heures.

Péricarde distendu par près de deux litres de liquide; le tissu de cette poche était épaissi par l'inflammation, sa surface intérieure était inégalement granulée, recouverte çà et là de couches albumineuses; le cœur y adhérait par la pointe, et dans l'épaisseur des parois de son ventricule droit et à la partie inférieure, était une aiguille longue de trois pouces, dirigée d'avant en arrière, de haut en bas et de gauche à droite, et qui avait paru être dans l'intérieur du ventricule. Il est bien probable qu'elle avait été introduite par un des espaces intercostaux gauches, et cependant on ne peut découvrir aucune trace de cicatrice à la peau. Il est probable aussi que l'introduction de cette aiguille datait déjà de plusieurs semaines, de l'époque où le malade avait voulu s'étrangler. La péricardite aura été l'effet de cette aiguille qui irritait sans cesse la membrane par ses deux extrémités. Ce qui est étonnant, c'est que le malade n'ait accusé aucune douleur dans la partie. Si on avait extrait l'aiguille peu de temps après son introduction, probablement le malade aurait été arraché à la mort.

AMPUTATION

COMPLÈTE DE LA JAMBE GAUCHE PRODUITE PAR UNE LIGATURE CIRCULAIRE DE CE MEMBRE;

Observation communiquée

Par M. Delacoux.

Un homme de 24 ans, occupé aux travaux des champs, est mordu par une vipère à la partie postérieure et inférieure de la jambe gauche. Le blessé, selon l'usage du pays (la Lithuanie), établit au-dessus de la morsure, à quatre pouces du bord inférieur de la rotule, une forte ligature, à l'aide d'une petite corde serrée par un bâtonnet. La ligature resta en place du 10 juin au 23 juillet, jour auquel s'effectua la chute du sphacèle; une forte hémorrhagie s'en suivit; la plaie était oblique et donnait au moignon la forme d'un bec de flûte dont la plus grande longueur était dans le sens de la crête antérieure du tibia. Lavée et abstergée, on put reconnaître à cette plaie un commencement de cicatrisation aux tégumens; les parties circulaires étaient au contraire en pleine suppuration, et recouvertes de bourgeons charnus. Au tact on reconnut au centre des aspérites osseuses résultat de la solution de continuité de l'os; le péroné avait été frappé de mort dans presque toute sa longueur. Le membre détaché était entier et n'avait presque perdu qu'un tiers de son volume primitif.

M. Delacoux, pour expliquer ce fait, rend compte de l'étroitesse du lien, du degré de striction qui lui avait été imprimé, de la disposition spongieuse du tibia au point de cet os où le lien avait été appliqué, de la moindre irritabilité des hommes du Nord, de l'âge encore tendre du malade. Il croit que le venin de la vipère a pu avoir part aussi à la stupéfaction organique et au sphacèle qu'a éprouvés le membre. — Commissaires pour faire un rapport sur cette observation, MM. Emery, Adelon et Sanson.

A quatre heures l'Académie est entrée en comité secret pour continuer la discussion relative à la convenance d'adopter un costume pour les membres. On dit que 31 membres ont voté pour l'adoption de la proposition, et 21 contre.

SÉANCE DU 6 AOUT.

Choléra.

M. Rochoux mentionne deux gardes de santé qui, placés à bord de la *Melpomène*, ont été atteints du choléra : selon lui, ce fait ne peut être présenté comme preuve de la contagion ; ces deux individus ont été atteints par suite de l'action des miasmes qui se développent fréquemment à bord des navires, et leur mort est le résultat d'un empoisonnement miasmatique analogue à celui qui est produit par les émanations des fosses d'aisances. M. Lodibert objecte que le chimiste peut recueillir et analyser celle-ci, tandis qu'il ne peut rien sur les miasmes qui proviennent des corps vivans. M. Rochoux répond que la chimie ne peut pas plus sur les affluves des marais, dont l'action est cependant incontestable.

CANCER DU COEUR ET DES REINS,

Observation communiquée et lue

Par M. le docteur Renauldin.

Une blanchisseuse âgée de 65 ans, malade depuis deux ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 mars ; elle est dans un état d'émaciation et de faiblesse, a la teinte jaune, un peu de diarrhée, manque d'appétit et de sommeil, et porte au côté gauche de l'addomen une tumeur dure, angulaire, douloureuse au toucher, que d'après son siége on attribue à un engorgement de la rate. Nulle altération dans la circulation et la sécrétion urinaire. Des applications de sangsues sur la tumeur, des boissons mucilagineuses, un régime sévère, procurent un soulagement notable pendant trois semaines. Cependant la tumeur augmente, et la douleur dont elle est le siége est si vive, qu'il faut recourir aux opiacés à l'intérieur et à l'extérieur; la diarrhée persiste, et la malade succombe épuisée le 30 juillet.

Nécropsie.

Dans le ventricule gauche du cœur, tumeur carcinomateuse du volume d'une noix, surmontée à son sommet par plusieurs végétations verruqueuses analogues à celles qui sont le produit de la syphilis. La tumeur du ventre siégeait. non dans la rate, mais dans le rein gauche, qui a acquis le volume des deux poings, et qui présente la dégénération cancéreuse dans toute son épaisseur ; la rate comprimée par ce rein est réduite au volume d'une petite noix. Il existe deux petites tumeurs carcinomateuses au rein droit et à l'utérus. Ce fait est curieux en ce que la circulation et la sécrétion urinaire n'ont pas été troublées pendant la vie, malgré l'existence de cancers dans le cœur et les reins.

INFLUENCE

DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES DU COEUR.

Mémoire de M. Maygrier, *et lu par cet académicien.*

MM. Menières et Larcher, dans un mémoire publié dans un mémoire public dans les *Archives* en 1828, avaient rangé la grossesse parmi les causes propres à favoriser l'hypertrophie du cœur, et par suite à donner lieu à des attaques d'apoplexie. M. Maygrier combat cette assertion, et pense que les médecins et les accoucheurs ont trop souvent pris pour des attaques d'apoplexie chez des femmes en couche, de simples congestions cérébrales occasionées par le seul fait des violentes contractions de la matrice, de la résistance des parties génitales, et des efforts impuissans de la femme. La grossesse, selon lui, est bien plus propre à guérir, retarder les progrès des diverses maladies, qu'à les provoquer. Ne la voit-on pas suspendre la marche de la phthisie pulmonaire, par exemple; guérir certaines céphalalgies, des affections du foie, des engorgemens abdominaux, des chloroses, etc. ? M. Maygrier cite à l'appui de son opinion l'observation d'une femme qui paraissait morte apoplectique, et qui revint comme miraculeusement et même sans avoir besoin d'être saignée, par cela seul qu'on se hâta d'extraire l'enfant avec le forceps. — M. Rochoux, que M. Maygrier avait cité comme partageant l'opinion de MM. Menières et Larcher, annonce qu'il a au contraire émis toujours la même pensée que M. Maygrier.

HERMAPHRODISME.

Mémoire de M. Castel.

Ce médecin rappelle d'abord ce fait bien avéré, que jusqu'à présent on n'a observé dans l'espèce humaine et dans les espèces animales supérieures, aucun individu véritablement hermaphrodite, c'est-à-dire, ayant à-la-fois les deux sexes, et les deux sexes si parfaits qu'il pouvait à la

fois féconder et concevoir. Ensuite, il établit que non-seulement ce fait de l'hermaphrodisme ne s'est jamais présenté dans l'homme, mais qu'il ne se présentera jamais. Quelle que grande que soit la puissance de la nature, elle ne peut, selon lui, aller jusqu'à produire des organisations qui impliqueraient contradiction. Dans les animaux supérieurs et dans l'homme, en effet, la différence des sexes ne consiste pas seulement dans celle des organes générateurs proprement dits, mais elle porte plus ou moins sur tout l'ensemble de l'organisme, et celui-ci présente dans les deux sexes des dispositions qui sont jusqu'à un certain point exclusives les unes aux autres. Dans l'homme et dans les animaux supérieurs, d'ailleurs, l'entretien et la transmission de la vie sont assujettis à des conditions trop multipliées, trop difficiles à accomplir, pour que les attributs de deux sexes se rencontrent dans un seul être. Si l'hermaphrodisme existe dans les végétaux, c'est que la reproduction chez ces êtres dépend uniquement des vaisseaux, résulte de la surabondance des sucs nutritifs et des influences atmosphériques. S'il s'observe dans les dernières classes des animaux, c'est qu'ici encore le système nerveux est presque nul, et que l'instinct borné qui préside à la reproduction ne peut être assimilé à une véritable volonté. Mais il ne peut en être ainsi dans les animaux supérieurs où la volonté prend rang parmi les actes de la reproduction; et l'on peut établir cette proposition générale, que, plus dans les animaux le rôle de l'instinct ou de la volonté est actif pour la génération, moins il y a de chances d'hermaphrodisme pour les êtres. Selon M. Castel, plus les organes génitaux diffèrent des autres appareils secréteurs et excréteurs, moins l'hermaphrodisme est possible.

M. Bouillaud se félicite de ce que l'observation d'un hermaphrodite humain incomplet qu'il a soumise il y a quelques mois à l'académie, a provoqué l'intéressante lecture que vient de faire M. Castel: il sollicite l'académie de se livrer à une discussion sur la question difficile de l'hermaphrodisme.

M. Adelon croit qu'il n'y a pas de mode de discussion autre que celui qui consiste, ou à présenter des cas d'hermaphrodisme, ou à analyser les cas que possède déjà la science. Or, le prétendu hermaphrodisme humain n'est qu'une monstruosité des organes génitaux; toutes les monstruosités génitales qui ont été confondues sous ce nom se rapportent à quatre classes : des mâles dont les organes sexuels altérés simulaient l'appareil sexuel femelle; des femelles dont les organes sexuels altérés simulaient l'appareil sexuel mâle; des individus dont les organes sexuels étaient si rudimen taires qu'on ne savait à quel sexe les rapporter; et enfin des individus qui présentaient à la fois des organes de l'un et l'autre sexes, mais jamais au point de perfection nécessaire pour qu'ils puissent à la fois féconder et concevoir. C'est ce que par abréviation on a appelé *hermaphrodite mâle, femelle; neutre et mixte.* Si, après avoir rattaché à l'une ou l'autre de ces quatre classes toutes les espèces d'hermaphrodisme qui se sont présentées déjà ou pourront se présenter encore, on veut remonter à leur cause, on arrivera toujours à cette conséquence que ces vices de conformation tiennent, ou à un arrêt de développement du fœtus, ou à une maladie éprouvée par cet être pendant la grossesse. Il est encore utile d'étudier les effets que ces vices de conformation des organes génitaux entraîneront, et sur la fonction de la génération en particulier, et sur les autres fonctions. Mais sous tous ces points de vue l'étude de l'hermaphrodisme ne lui semble pas pouvoir être faite dans une discussion académique; elle réclame des efforts individuels, et il lui paraît que la discussion qu'appelle M. Bouillaud serait sans résultats. M. Bouillaud réplique, qu'au moins, sous le rapport de la médecine légale, la discussion serait utile, les exemples d'erreurs de sexe aux inscriptions des actes de l'état civil étant fréquens. M. Adelon répond que, même sous ce rapport, la discussion serait sans utilité; toujours il se présentera des cas où la détermination du sexe, surtout dans les premiers jours de la naissance, sera non-seulement difficile, mais impossible; et la loi a fait tout ce qu'elle devait faire en prescrivant alors à l'officier de l'état civil d'inscrire sur l'acte de naissance *sexe non déterminé.*

M. Breschet pense comme M. Adelon sur l'inutilité de la discussion, et croit que, même parmi les cas cités d'hermaphrodisme mixte, beaucoup sont apocryphes : il cite entre autres comme tel une pièce en cire qui est dans les cabinets de la Faculté à Paris, et à laquelle il sait que le couleur a beaucoup ajouté.

CYCLOPIE.

M. Lacroix, élève interne de la Maternité, lit des considérations sur le *Nisus formativus*, à l'occasion d'un cas de cyclopie.

Nous reviendrons sur ce mémoire à l'occasion du rapport qui sera fait par MM. Ribes, Moreau et Baron.

SÉANCE DU 13 AOUT.

ORTMOPÉDIE. DIFFORMITÉS DES MEMBRES.

Le ministre de l'instruction publique a renvoyé à l'examen de l'académie divers appareils orthopédiques inventés par M. Millet, de Paris, pour corriger les difformités des membres. M. Bricheteau, en son nom et au nom de M. Thillaye, fait un rapport sur ces appareils. Il rappelle que long-temps on n'employa en France, pour redresser les *pieds-bots*, que la machine pesante et compliquée de Scarpa. En 1813, M. d'Ivernois apporta de la Suisse l'appareil si simple, connu sous le nom de *sabot de Venel.* Plus tard, ce même M. d'Ivernois ajouta à ce sabot un brodequin mécanique de son invention, destiné à abaisser le talon et à suppléer à l'action des muscles fléchisseurs du pied paralysé. Or, parmi les appareils présentés à l'Académie par M. le docteur Millet, se trouvent d'abord les deux précédens, mais auxquels il a fait subir d'utiles modifications : 1° il a supprimé dans le sabot de Venel, les

deux coussins en croissant, qui exerçaient sur le tendon d'Achille une compression douloureuse trop souvent suivie d'ulcérations; 2° il a alongé le brodequin dont le bord antérieur et inférieur déterminait facilement des excoriations qui forçaient de suspendre le traitement; 3° il a agrandi l'équerre, qui ainsi peut recevoir un coussin plus large, d'où il résulte que la pression exercée par le levier s'étend au coude-pied, et l'empêche de se soulever et de faire abandonner la planchette à la plante du pied; 4° jadis, la machine a ressort, destinée à remplacer le muscles fléchisseurs du pied paralysé, ne s'élevait que jusqu'au dessous du genou où elle était fixée par une courroie; il en résultait que, quand avec une déviation du pied il existait un grand relâchement de l'articulation du genou, ce qui n'est pas rare, la jambe et le pied, quoique revenus à l'état normal, continuaient à se porter en-dedans pendant la marche. M. Millet a remédié à cet inconvénient, en prolongeant la tige jusqu'au milieu de la cuisse, ce qui maintient très-bien le pied dans une même ligne avec le genou, et ce qui de plus permet d'appliquer l'appareil au redressement des genoux cagneux; 5° enfin on reprochait justement à beaucoup de machines, à des machines employées contre les courbures du tibia, les demi-ankyloses du genou, et de causer de la douleur, de produire souvent des rougeurs érysipélateuses, des excoriations : les modifications imaginées par M. Millet tendent et souvent avec succès, à remédier à ces inconvéniens.

En outre, M. Millet présente deux appareils de son invention; l'un très-simple, destiné à effacer graduellement la saillie que forment en-dedans les genoux cagneux; l'autre, destiné à combattre la flexion permanente de la main par suite d'une maladie de l'articulation radio-carpienne.

Les commissaires ont suivi, pendant six mois, les applications de ces diverses machines sur les malades; et ils ont pu en constater les heureux résultats. Ils proposent à l'Académie de répondre au ministre que M. Millet mérite, pour ses travaux orthopédiques, les encouragemens de l'autorité. l'Académie adopte.

NAISSANCE DE FOETUS MONSTRUEUX.

M. P. Dubois, en son nom et aux noms de MM. Ollivier, d'Angers et Moreau, commence la lecture d'un rapport sur deux observations de fœtus monstrueux communiqués par les docteurs Montault et Nel. Nous reviendrons sur ce rapport, lorsque sa lecture sera terminée.

SÉANCE DU 20 AOUT

SPHACÈLE ET CHUTE DE LA JAMBE,

Par suite d'une ligature.

M. Emery, en son nom et aux noms de MM. Adelon et Sanson, lit un rapport sur l'observation qu'a communiquée récemment à l'Académie M. Delacoux, touchant un paysan polonais, mordu par une vipère à la jambe, et chez lequel la jambe se sépara par suite d'une ligature placée au-dessus du genou. (*Voy.* ci-dessus l'observation dans le présent bulletin.) La commission pense que dans le cas rapporté par M. Delacoux, il eût été convenable de pratiquer l'amputation, pour obtenir une guérison plus solide, plus prompte et un moignon mieux conformé. C'est ce qu'a fait, en 1826, en Morée, M. Petitot, chirurgien-major, pour un cas tout-à-fait semblable, sur une jeune Grecque qui avait été aussi mordue à la jambe par un serpent, et chez laquelle la ligature par laquelle on avait cherché à prévenir l'absorption du venin, avait amené le sphacèle du membre.

TAILLE VÉSICO-VAGINALE.

M. Velpeau, au nom de M. Philippe, de Reims, communique l'observation d'une femme qui portait dans la vessie un calcul volumineux et du poids de neuf onces et demie. Cette femme, étant grosse de trois mois, fut opérée par la section vésico-vaginale; la plaie se réduisit promptement aux dimensions d'une étroite fistule; la grossesse suivit son cours; l'accouchement se fit à l'époque ordinaire, et la dilatation des parties n'amena pas la déchirure de la fistule.

TOUX VERMINEUSE.

Mémoire de M. Delaroque :

Rapport, au nom d'une commission, par M. Bousquet.

Le mémoire de M. Delaroque contient quatre observations, dont voici la principale : Une demoiselle, de 12 ans, semble atteinte d'un rhum; malgré les moyens appropriés, la toux continue; il s'y joint un peu de fièvre. Le soir, perte d'appétit; sueur la nuit; amaigrissement; perte des forces; dans une consultation on diagnostiqua une phthisie au deuxième degré; et malgré l'emploi de vésicatoires, de cautères, le mal parait s'aggraver. Un jour, la petite malade mange deux petits concombres en salade un peu vinaigrée; il en résulte des évacuations alvines dans lesquelles sont deux paquets de vers pelotonnés de la grosseur d'un œuf de poule, et de ce moment, la malade entre en convalescence et cesse de tousser. M. Delaroque a rapproché de cette observation trois autres assez semblables, et en déduit, contrairement à la doctrine physiologique, que la connaissance du siége du mal importe sans doute beaucoup en médecine, mais que la connaissance de la nature du mal est plus prochainement utile encore pour la guérison. Dans les cas présens, à quoi servait de signaler le symptôme de la toux, si l'on eût méconnu la cause qui la produisait, la présence des vers.

FOETUS MONSTRUEUX ;

DÉBATS SUR LA PRÉFÉRENCE A ACCORDER A LA VERSION PAR LA TÊTE OU A LA VERSION PAR LES PIEDS.

M. P. Dubois continue la lecture du rapport qu'il avait commencé dans la séance précédente.

MM. les docteurs Montault et Nel avaient successivement présenté à l'Académie deux observations d'accouchemens laborieux, dans lesquels les fœtus avaient une monstruosité qui consistait dans une absence partielle des parois abdominales et thoraciques. Dans l'observation de M. Nel, la présentation de l'enfant était vicieuse, la région antérieure et latérale droite du tronc se présentait au détroit abdominal, le bras droit était sorti et paraissait à la vulve, et l'on chercha, mais en vain, à effectuer la version par la tête. M. P. Dubois croit, à cause de cela, devoir discuter d'abord dans son rapport le mérite comparatif de la version par la tête et de la version par les pieds, question souvent agitée en Alsace et en Allemagne, et négligée jusqu'alors par l'école de Paris.

Jusqu'à la fin du 16e siècle, on conseilla universellement, dans l'art des accouchemens, de ramener la tête à l'orifice de l'utérus, non-seulement dans les présentations du tronc, mais même dans celles de l'extrémité pelvienne. Ce n'est qu'alors que la version par les pieds commença à être conseillée, et ce n'est qu'au commencement du 18e siècle qu'elle fut généralement adoptée. Mais au commencement de ce siècle, un professeur de l'école de Strasbourg, M. Flamant proposa de revenir à la version sur la tête, et il a été appuyé par plusieurs accoucheurs allemands. Pour justifier cette préférence, on fit valoir, que dans la présentation de la tête, la compression produite par l'orifice utérin est sans effets nuisibles sur les organes contenus dans le crâne, et laisse intacts les rapports circulatoires établis entre le fœtus et la mère; tandis que dans les présentations par les pieds, les organes thoraciques et abdominaux sont plus exposés à une compression funeste; et de plus, il se fait un refoulement des fluides vers les parties supérieures, d'où résulte une congestion cérébrale souvent mortelle. On remarque que, tandis qu'il ne naît qu'un enfant mort sur vingt accouchemens qui se font par la tête, il en naît quatre morts sur le même nombre d'accouchemens se faisant par les pieds. On soutint enfin, que toutes les fois que le fœtus jouit dans la cavité utérine d'une assez grande mobilité, il y a autant de facilité à effectuer la version sur la tête que celle sur les pieds.

M. P. Dubois discute d'abord chacune de ces considérations présentées en faveur de la version céphalique.

1° Il est bien vrai que dans les présentations par l'extrémité pelvienne les viscères thoraciques et abdominaux sont plus comprimés que dans les présentations par la tête; mais on a certainement exagéré les effets de cette compression, et en preuve, M. Dubois cite deux cas dans lesquels l'enfant présentant l'épaule sortit en double, et dans lesquels, bien que le tronc se soit engagé avec la tête, les organes thoraciques et abdominaux n'étaient ni lacérés ni contus : dans un de ces cas même la grossesse était double; l'accouchement se fit par une déchirure du périnée, et les deux enfans naquirent vivans et survécurent. M. P. Dubois nie aussi le prétendu refoulement des fluides vers les parties supérieures dans les accouchemens par les pieds, ainsi que les congestions cérébrales que l'on dit en résulter. Pour que ce refoulement eût lieu, il faudrait, selon lui, que la contraction de l'orifice utérin fût permanente, que l'arrêt qu'elle entraîne dans la circulation s'étendît jusqu'aux troncs artériels eux-mêmes, et qu'enfin les parties de l'enfant contenues dans l'utérus fussent soumises à une pression moindre que celles qu'éprouvent les parties déjà sorties. Or, aucune de ces conditions n'existe; et même il est sûr que les parties sorties de l'utérus éprouvent une compression moins forte que celles qui y sont contenues; ce qui explique pourquoi c'est dans celles-là que le sang afflue et produit des engorgemens. Ne sait-on pas que dans les présentations du bras, le bras sorti se gonfle, se tuméfie considérablement par cela seul qu'il est moins comprimé que le reste du fœtus? Il est bien vrai que dans les enfans qui succombent dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, on trouve fréquemment des congestions viscérales; mais celles-ci, selon M. P. Dubois, tiennent, non au refoulement indiqué, mais à la compression qu'éprouve en ces cas le cordon ombilical. Cette compression, dit M. P. Dubois, et une des causes qui rend l'accouchement par les pieds plus souvent funeste que celui par la tête; l'enfant, privé de ses rapports circulatoires avec sa mère, périt comme asphyxié; l'asphyxie à laquelle il succombe ressemble, ou à *l'asphyxie par suffocation* de l'adulte, s'il ne peut effectuer aucun effort de respiration, ou à *l'asphyxie par submersion*, si les efforts respirateurs pouvant être effectués s'appliquent à l'eau de l'amnios mêlée ou non de méconium, et la font pénétrer dans les bronches; et dans l'un et l'autre cas il est naturel de retrouver dans les organes du fœtus les lésions spéciales de l'asphyxie; savoir, l'afflux apopleotique du sang vers la tête, la plénitude de l'appareil veineux cérébral, et toutes les congestions sanguines viscérales.

2° En ce qui regarde l'argument déduit de ce que, sur vingt enfans nés par les pieds, quatre arrivent morts, tandis que sur le même nombre d'enfans venant par la tête, il n'en naît qu'un de mort, M. Dubois remarque qu'on aurait dû ne pas comprendre dans les tables les enfans évidemment morts pendant la grossesse et avant que le travail de l'accouchement ne s'établît, et ceux nés avant terme et trop peu développés pour pouvoir naître vivans. Voici de nouvelles tables qu'il fournit d'après ces bases : Du 1er juin 1829 au 1er juin 1833, 10,724 enfans sont nés à l'hospice de la Maternité, dont 10,262 par le sommet de la tête, 391 par l'extrémité pelvienne, 59 présentant une région du tronc, 30 la face. Sur les 10,262 présentant le sommet de la tête, 9,867 étaient à terme, et 395 ne l'étaient pas. Les 9,867 peuvent être réduits à 9,837, car 30 étaient évidemment morts depuis long-temps quand l'accouchement a commencé. Les 395 non à terme doivent être réduits à 278, car 83 étaient aussi morts dès long-temps; car ils sont arrivés putréfiés, et 34 étaient évidemment trop peu développés pour être considérés comme

aptes à arriver vivans. Sur les 9,837, 191 sont nés morts, ce qui fait à peu près 1 mort sur 51 ou 52; et sur les 278, 48 sont nés morts, ce qui fait une proportion d'un sur 5 ou 6. Des 391 enfans nés par l'extrémité pelvienne, 238 étaient nés à terme, et 153 nés prématurément. Des premiers il faut retracher 7 morts avant l'accouchement; sur les 231 restans, 21 sont nés morts, ce qui fait 1 mort sur 11. Des 153 fœtus nés avant terme, il faut retrancher 63 qui évidemment étaient morts pendant la grossesse, et 30 évidemment trop jeunes pour arriver vivans: le nombre est donc réduit à 60, sur lesquels 10 sont nés morts, ce qui fait 1 sur 6. Ainsi les fœtus résistent d'autant mieux aux fatigues de l'accouchement qu'ils sont à terme et se présentent par la tête d'abord, puis par l'extrémité pelvienne, et qu'enfin les chances les moins favorables sont pour ceux qui ne sont pas à terme, quelle que soit l'extrémité ou céphalique ou pelvienne par laquelle ils arrivent. M. P. Dubois fait remarquer combien les résultats en chiffres eussent été différens, si on n'eût pas défalqué d'abord, et les enfans évidemment morts pendant la grossesse, et ceux nés trop peu développés pour pouvoir arriver vivans. Relativement aux 10,262 enfans nés par le sommet, on aurait eu 386 morts, ce qui établit 1 mort sur 25 vivans, tandis qu'on a vu que c'était 1 seulement sur 51; et sur les 391 enfans nés par l'extrémité pelvienne, on aurait eu 134 morts, ce qui aurait fait 1 mort contre 2 vivans, tandis qu'on a vu que la proportion était de 1 mort sur 11 vivans.

3° Enfin, il est vrai qu'en quelques cas il est possible, et même facile, de ramener la tête de l'enfant à l'entrée du bassin; à tort Mme Lachapelle l'a contesté; M. P. Dubois l'a fait lui-même dans des présentations de l'épaule, et il en rapporte deux observations. Mais cet accoucheur pense que cette manœuvre offre toujours plus de difficultés que la version sur les pieds, et devient impossible si le liquide amniotique est depuis long-temps écoulé, et si la matrice est fortement contractée, tandis que dans ces cas la version par les pieds est toujours praticable. On a vu que sur les 10,724 enfans nés en quatre ans à l'hospice de la Maternité, 59 présentaient une région du tronc, dans deux cas on a fait la version par la tête; dans un troisième, l'expulsion se fit par l'épaule, mais l'enfant n'étant pas à terme, et était ramolli par la putréfaction; dans les 56 autres cas on fit la version par les pieds. Or, sur ces 59 enfans, 32 naquirent morts ou moururent bientôt, et 27 seulement survécurent. M. P. Dubois se demande si on eût sauvé plus d'enfans en agissant par la version céphalique, et il répond négativement. En effet, dans 17 de ces 59 accouchemens, la version sur la tête était impossible, les eaux étaient depuis long-temps écoulées, la matrice fortement contractée, un bras et le cordon ombilical faisant procidence, etc. Sur les 42 cas restans, il y en avait 7 où les enfans étaient putréfiés et évidemment morts avant le travail: un avait succombé pendant le travail même à une hémorrhagie très-abondante; 4 enfin avaient moins de sept mois, et n'étaient pas aptes à arriver vivans. Des 30 restans, il faut en défalquer 7 encore qui n'étaient pas à terme, et dont 4 cependant ont survécu. Restent donc 23 cas, dans lesquels on employa une fois la version par la tête, et 21 fois celle par les pieds, et 19 enfans survécurent. Or, pouvait-on espérer un résultat plus heureux par la version par la tête? C'est ce que ne croit pas M. Dubois.

M. P. Dubois termine son rapport par deux observations intéressantes dans lesquelles l'enfant était évidemment mort, il dut avoir recours, pour terminer l'accouchement, à l'embryotomie, et le fit avec succès. Il nie à cette occasion que la striction exercée par le col utérin sur un bras sorti, puisse jamais en opérer le sphacèle véritable: celui-ci ne peut, selon lui, être la suite que de la mort de l'enfant et de sa mort déjà ancienne; et conséquemment il s'élève contre la pratique de la mutilation de l'enfant, sur le seul aspect des altérations, que présente le bras sorti; ces altérations, si l'enfant est vivant, ne sont jamais qu'une tuméfaction qui se résout après l'accouchement avec la plus grande facilité. Il remet à une prochaine lecture à déduire, des faits présentés par MM. les docteurs Montault et Nel, des conséquences relatives à l'histoire physiologique des monstruosités.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

SÉANCE DU 22 JUILLET.

—

MORTALITÉ DANS LES ARMÉES.

M. Magendie fait en son nom et celui de M. Duméril un rapport sur un mémoire de M. Benoiston de Chateauneuf, relatif à la mortalité dans l'armée française. M. Morozzo, un des derniers présidens de l'Academie de Turin, avait fait sur ce sujet, pour l'armée piémontaise, des recherches publiées long-temps après sa mort (en 1830), et dont le résultat est que la mortalité dans l'armée, en temps de paix, était de beaucoup supérieure à celle qu'on observe parmi les hommes de même âge non appartenant au service militaire. De 1775 à 1791, la mortalité de l'armée piémontaise était, pour l'infanterie, trois fois plus forte que celle d'une population quelconque. M. Benoiston de Chateauneuf a repris ces recherches pour la France, et est arrivé à des résultats peu différens. Pour établir la base de ses calculs, il prend l'armée française dans les années pacifiques de la restauration, de 1820 à 1826, formant un total de 803,231 hommes. Dans ce total ne sont pas compris les officiers, la cavalerie, l'artillerie, le génie, la gendarmerie et la maison du roi. L'auteur en retranche, comme se trouvant dans des conditions exceptionnelles, les régimens coloniaux et les hommes évacués de l'armée d'Espagne sur les hôpitaux de France, dont la mortalité fut très-considérable. Ces retranchemens réduisent l'armée à 718,994. Or, durant la période dont nous parlons, le chiffre des décès s'est élevé à 14,112, c'est-à-dire qu'il a été de 1,96 pour 100. Dans cette réunion d'hommes, tous les individus ne sont pas dans des conditions identiques, et il importait de considérer isolément les différentes

classes, M. Benoiston les a trouvés distribués ainsi : sous-officiers, 24,370; décès, 266.—Tambours, 3,910; décès, 34. — Musiciens, 920 ; décès, 14. — Maîtres ouvriers et prévôts, 370; décès, 2.—Soldats et enfans de troupe, 90,230; décès, 2,034. Ainsi, le soldat, (y compris les enfans de troupe) offre une mortalité annuelle de 22, 54/100 pour cent, tandis que le sous-officier n'a pour lui que la moitié de la même chance. M. Benoiston de Chateauneuf attribue cette grande mortalité, 1° à la nostalgie ou mal du pays, mal qui fait d'autant plus de ravage que les nouveaux devoirs imposés au soldat le privent plus complètement de sa liberté; 2° aux maladies syphilitiques, maladies dont auraient été presque complètement exempts tous les individus que la conscription prend au fond des campagnes; 3° l'insuffisance de la nourriture : la livre et demie de pain fournie par l'état à chaque soldat n'est pas assez pour beaucoup d'entre eux, et la viande qu'ils achètent avec leur prêt ne fait guère plus de trois onces par jour pour chaque homme; 4° enfin les duels. M. Benoiston de Châteauneuf fait remarquer que la mortalité dans le bagne de Brest, à la vérité le plus sain de tous, est moindre que celle qui s'observe dans l'armée parmi les simples soldats.

Plusieurs membres font remarquer à cette occasion que si la mortalité est moindre chez ces hommes, ce n'est pas que leur régime alimentaire soit meilleur, ou que la discipline à laquelle ils sont soumis soit moins sévère. M. Poisson fait remarquer qu'il est impossible de déduire aucune loi de la comparaison de nombres aussi disproportionnés entre eux que le sont ceux des individus composant l'armée d'une part, et le bagne de l'autre. Il montre que, malgré tout le zèle qu'a pu apporter M. Benoiston de Châteauneuf à avoir des relevés exacts, ses résultats ne peuvent inspirer une très-grande confiance ; la question était beaucoup plus compliquée que l'auteur ne l'a soupçonné, et sa solution exigeait tout autre chose qu'un simple rapprochement de chiffres obtenus dans le dépouillement d'un petit nombre d'années.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

MONSTRUOSITÉ PAR DIPLOGÉNÈSE.

M. le docteur Scoutetten adresse de Metz une observation de monstruosité chez deux enfans de sexe féminin accolés par le tronc. Ces enfans sont nés à Salembach (Bas-Rhin), le 10 juillet 1833. Leur mère, Catherine Rey, femme de 30 ans, robuste et bien constituée, n'a éprouvé pendant l'accouchement rien de remarquable, et ne se rappelle aucun accident survenu pendant sa grossesse. Des deux enfans, l'un est bien formé; l'autre est absolument acéphale ; le premier a été baptisé sous le nom de Catherine Rey. Catherine, jusqu'au moment où elle a été examinée par M. Scoutetten (11 juillet 1833) a joui d'une bonne santé. Elle a toujours été nourrie par sa mère. Elle est vive, gaie, prend le sein avec avidité, et mange à peu près le double d'un enfant ordinaire de son âge. Sa taille est maintenant de deux pieds moins un pouce. Elle n'a pas encore de dents, mais tout annonce qu'elle en aura bientôt. Le sommeil est excellent; la coloration de la peau est bonne, mais les chairs sont molles ; elles sont très-sensiblement moins fermes que celle de l'enfant acéphale. L'ombilic est bien formé, il adhérait à un cordon unique comme le placenta. L'enfant acéphale a onze pouces de long. Il adhère par la base de la poitrine et la moitié supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen aux parties correspondantes de sa sœur. On ne lui voit point d'ombilic, et ce n'est qu'immédiatement au-dessus du point où cette partie devrait exister, que le tronc s'isole complètement du tronc de l'autre enfant. Les extrémités inférieures sont bien développées, surtout les cuisses; les chairs sont fermes; les jambes et les pieds sont grêles; les articulations raides et à demi-ankylosées. Les membres supérieurs sont beaucoup moins développés que les inférieurs ; celui du côté droit est atrophié, et la main n'a que quatre doigts presque ankylosés. Le membre gauche est mieux formé; la main est complète, mais les doigts ont encore une raideur très-sensible. La colonne vertébrale est fortement déviée à droite; elle cesse subitement à la hauteur des épaules. Toutes les vertèbres du cou manquent, à l'exception peut-être de la septième. A cette terminaison supérieure correspond une cicatrice bien marquée, arrondie, large de quatre lignes environ. L'anus manque complètement; à cela près, l'extrémité inférieure du tronc n'offre rien de particulier. Au moment de l'accouchement, l'enfant acéphale n'était pas plus gros que le poing et ne dépassait pas le nombril de son congénère. Il s'est développé en prenant un accroissement égal au moins à celui de l'enfant bien conformé. Les parens n'ont jamais remarqué chez l'acéphale aucun mouvement spontané, mais il arrive souvent que l'autre enfant joue avec les membres de sa sœur. Quoique les mouvemens des muscles de la vie animale ne se soient jamais manifestés, les muscles de la vie organique agissent sensiblement, car la vessie se contracte et l'urine est expulsée avec une une grande force. Le moment de cette émission est habituellement différent pour les deux sœurs. M. Scoutetten a cherché à reconnaître, au moyen du stéthoscope, s'il y avait un cœur pour chaque corps; mais il n'a pu parvenir à constater la duplicité de cet organe. La sensibilité de l'enfant acéphale est au moins très-obscure; une fois pourtant on a vu la sœur bien conformée, pousser un cri, quand on pinçait fortement la peau de l'acéphale.

Le monstre qui fait le sujet de cette observation, rentre dans la classe des *hétéradelphes* de M. Geoffroy-Saint-Hilaire. On connaît déjà un grand nombre de cas semblables. M. Scoutetten se trompe en disant que c'est le seul monstre double à tête unique qui ait vécu. D'autres hétéradelphes vivans ont été observés, et il en est né un dans le faubourg Saint-Antoine, qui a vécu quelques années, et qui, peut-être en ce moment, parcourt les provinces pour être exposé à la curiosité publique.

LITHOTRITIE.

M. Leroy d'Étioles lit un mémoire ayant pour titre :

De la supériorité du procédé de l'écrasement de la pierre par pression, et surtout par percussion, sur le procédé des perforations successives employé à l'hôpital Necker. Il résulte des faits contenus dans ce mémoire que, sur quinze malades que l'auteur a opérés par l'écrasement, quatorze ont été guéris avec une promptitude très-grande; aucun n'a succombé. M. Leroy compare ces résultats avec ceux obtenus par le procédé des perforations successives, lequel, d'après le rapport fait à l'Institut, n'a produit à l'hôpital Necker, pendant les deux années, que vingt-sept guérisons sur quarante-trois applications. M. Leroy fait observer que la préférence qu'il donne au procédé de la percussion, est désintéressée, puisqu'il a eu beaucoup plus de part à l'invention du procédé de la perforation qu'à celui de la percussion, qu'il a cependant aujourd'hui adopté comme préférable.

SÉANCE DU 12 AOUT.

MONSTRUOSITÉ PAR DIPLOGÉNÈSE.

M. Serres annonce dans une lettre la mort de l'enfant hétéradelphe dont la description avait été donnée par M. Scoutetten, et adresse le procès-verval de l'autopsie qui en a été faite par M. le docteur Salle, chirurgien de l'hôpital de Chalons. On voit, dit M. Serres, par la description de M. salle, que l'encéphale parasite était uni à sa sœur par deux artères principales : une, qui était la continuation de la mammaire interne gauche, produisait les deux artères brachiales ; l'autre, qui partait du tronc cœliaque, donnait naissance aux vaisseaux qui se distribuaient au bassin et aux cuisses de l'enfant surnuméraire. Ces faits, ajoute cet académicien, confirment ceux que j'ai décrits dans l'anatomie des hétéradelphes et dans celle de *Rita-Christiana*, mais ils s'en écartent par une particularité qui, si elle était bien constatée, mériterait toute l'attention des anatomistes : M. Salle dit n'avoir trouvé aucun vestige de veines dans l'organisation de l'acéphale.

M. Flourens est élu secrétaire perpétuel pour la division des sciences physiques, en place de M. Dulong, qui s'est démis.

BARÉGINE,

MATIÈRE GRASSE DES EAUX MINÉRALES.

M. Longchamp lit un mémoire sur une substance azotée à laquelle il donne le nom de *barégine*, substance qui existe dans les eaux thermales sulfureuses, et qu'on désigne habituellement sous le nom de matière grasse des eaux minérales. Dans son plus grand état de pureté, cette substance ressemble à une gelée de veau. Elle est incolore, inodore, inaltérable à l'air. Elle contient 0,98 d'eau et 0,02 de matière solide. Elle exige, pour se dissoudre, au moins cent mille parties d'eau, à laquelle, malgré cette faible proportion, elle donne une viscosité sensible. Elle est très-peu soluble dans les acides nitrique, muriatique et acétique; elle est également peu soluble dans les alcalis caustiques. Desséchée et soumise à la distillation, elle donne de l'huile, du carbonate d'ammoniaque, et laisse une grande quantité de charbon difficile à incinérer. Elle existe dans les eaux thermales, où elle présente différentes nuances de gris; on l'en sépare au moyen de l'évaporation. Lorsqu'une eau thermale s'écoule à l'air, la barégine ne se présente plus en gelée, mais en longs filamens blancs, qui se colorent en vert, quand l'eau où ils se forment rencontre un filet d'eau ordinaire. A l'état de gelée, la barégine n'éprouve aucune coloration par le contact de l'air. Du moins, sous l'influence de cet agent, elle est restée incolore, tandis qu'elle s'est successivement colorée et décolorée vers la partie inférieure du vase qui la contenait, et dans une épaisseur de 10 lignes. Suivant M. Longchamp; les caractères de la *barégine* la rapprochent de la fibrine, car elle est, comme cette dernière, absolument insoluble dans l'eau, très-peu soluble dans les alcalis et les acides à la température ordinaire, enfin, elle se conduit de la même manière, quand on la traite par l'acide nitrique bouillant, et donne les mêmes produits, de l'acide oxalique et de l'amer de Welther.

AFFECTIONS CALCULEUSES.

M. Civiale lit des recherches statistiques sur l'affection calculeuse. Les résultats de ses recherches, embrassant 1,881 cas observés dans différentes localités, le conduisent aux conclusions suivantes : 1° le nombre des enfans attaqués de la pierre est beaucoup plus grand qu'on ne le suppose communément, puisque sur 1,881 malades, 1,126 sont au-dessous de quatorze ans ; 2° le nombre des malades ayant des calculs dans l'urètre est aussi beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet généralement; 3° dans beaucoup de localités, la difficulté que rencontrent les malades pour se procurer du soulagement, et la terreur que leur inspire la taille font qu'ils gardent leur pierre, et beaucoup meurent sans même que la présence des calculs ait été constatée; 4° la mortalité, par suite de l'opération, est beaucoup plus considérable encore qu'on ne le pense. Sur 1,644 opérations, dit en terminant M. Civiale, on trouve 1,276 guérisons et 234 morts, si l'on défalque du nombre des malades opérés 39 cas dans lesquels la pierre était engagée dans l'urètre. Maintenant, si l'on se rappelle qu'environ les deux tiers des malades opérés sont des enfans chez lesquels les chances de guérison sont au moins doubles, on verra combien sont inexactes les données fournies par quelques auteurs modernes.

SÉANCE DU 19 AOUT.

M. Civiale termine la lecture de ses recherches sur les

maladies calculeuses. La dernière partie se compose de remarques générales déduites de l'ensemble des faits exposés dans les parties précédentes. Nous nous contenterons de reproduire une réflexion qui est applicable à beaucoup de travaux de statistique. « L'expérience, dit M. Civiale, en parlant des succès que certains praticiens se vantent d'avoir obtenus à l'aide de méthodes particulières, l'expérience a montré un grand nombre de fois qu'on pouvait opérer beaucoup de malades sans en perdre un seul, tandis que dans d'autres circonstances on les perdait presque tous. »

COMPTE RENDU OFFICIEL

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

—

SÉANCE DU 5 JUILLET 1833.

—

Saignée dans la métrite puerpérale. — Couenne inflammatoire.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

M. *Téallier* fait un rapport sur un mémoire de M. Gérard, de Mortau, intitulé : *Remarques pratiques sur les affections de l'utérus, pendant la gestation et les parturitions prématurées ou à terme.* La société vote l'impression du mémoire et du rapport en extrait.

Une discussion s'engage au sujet de ce rapport. M. *Roche* n'approuve pas la saignée générale dans la métrite suite d'accouchement ; *pour peu que les lochies coulent encore,* les sangsues à la vulve sont alors préférables en ce qu'elles ne suppriment pas les lochies comme la saignée. Quant à l'édème qui *accompagne* la grossesse, on ne peut admettre qu'il soit le résultat de la phlébite, car il disparaît rapidement, et souvent dans l'espace de 24 heures, après l'accouchement. M. *Nacquart* partage cette opinion. M. *Téallier* fait observer que M. Gérard suppose la métrite très-aiguë, et alors il se trouve bien de la saignée. L'édème peut quelquefois tenir à la phlébite, M. DUPARCQUE fait remarquer que lorsque la métrite est intense, les lochies sont supprimées; alors la saignée est applicable. Si les lochies coulent encore, c'est une preuve que la métrite est légère, alors les sangsues peuvent convenir.

M. ROCHE admet cette distinction qui confirme son principe que la présence des lochies contre-indique la saignée générale.

M. *Nacquart* élève des doutes sur ce principe que la saignée générale convient mieux dans l'inflammation des parenchymes, et la saignée locale dans celle des tissus membraneux; il a remarqué que souvent la phlébotomie convient parfaitement dans l'inflammation des membranes

M. *Duparcque* a remarqué qu'à la suite de l'accouchement, la matrice est le siége d'un engorgement qui n'est pas encore l'inflammation, et qu'alors les sangsues appliquées au col utérin ont de bons résultats.

M. *Chailly* pense qu'il faut distinguer la nature de certains accidens, suite de l'accouchement, et qui souvent tiennent à un état purement spasmodique qui contre-indique les saignées. M. *Duparcque* est de cet avis et ajoute que si la suppression des lochies est due au spasme, les topiques émolliens, les antispasmodiques suffiront pour les rappeler; mais le spasme n'est souvent que l'avant-coureur, la cause provocatrice de la métrite, alors commence l'empire des saignées.

M. *Collineau,* répondant à M. Nacquart, dit qu'il est difficile d'établir une démarcation précise entre les parenchymes et les membranes, en raison de leurs connexions et de leurs combinaisons respectives. M. *Nacquart* n'admet cette difficulté qu'à certains organes spéciaux, mixtes, pour ainsi dire, parmi lesquels se trouve la matrice, qui n'est point, à vrai dire, un parenchyme, et qui comporte une organisation propre. M. *Roche* prend la défense du principe contredit par M. Nacquart, et admet comme un fait d'observation que la saignée générale est adaptée aux inflammations des parenchymes, la saignée locale à celles des membranes, M. *Collineau* ajoute que ce principe est appuyé sur l'anatomie et la physiologie des organes. Ainsi, le poumon, le foie, sont des organes éminemment vasculaires, et partant directement influencés par la saignée générale. M. *Latour* pense que dans l'application de la saignée il faut avoir plus d'égard aux fonctions qu'à la structure des organes. Ainsi, la péricardite, la pleurite, l'arachnitis, quoique inflammations membraneuses, commandent l'emploi de la saignée générale, parce que le péricarde revêtant le cœur, la saignée, qui tempère la circulation, agit secondairement sur l'enveloppe du centre circulatoire ; parce que la plèvre revêtant le poumon, la saignée l'influencera en soulageant l'organe respiratoire, qui, dans un temps donné, reçoit tout le sang de l'économie; parce que l'arachnoïde revêtant un organe contenu dans une cavité résistante, la saignée préviendra la compression opérée par le crâne par suite de l'abord du sang au cerveau qui, dit-on, reçoit le cinquième ou le quart du sang destiné à la totalité du corps. Tout en adoptant ces aperçus physiologiques, M. *Collineau* ajoute qu'il s'agit moins de structure et de fonctions que d'atteindre le mal, but que nous indique l'observation. M. *Chailly* pense que la pneumonie indique manifestement la saignée, surtout chez les vieillards.

M. *Nacquart* envisageant la couenne dite *inflammatoire* comme indication de la saignée, ne croit pas que ce phénomène soit inhérent à l'inflammation, car on ne l'observe pas dans certaines phlegmasies, dans la péritonite, par exemple. Il incline à penser que la couenne serait plutôt le résultat des modifications que subit le sang en passant par un organe enflammé, c'est pourquoi cet effet est plus particulier aux phlegmasies pulmonaires.

M. *Chailly* observe que cette couenne existe dans le sang d'individus non affectés de phlegmasies, mais dans un état de phlétore; telles sont les femmes enceintes. Du

reste, la couenne est en rapport avec un phénomène accidentel, la grandeur de l'ouverture faite à la veine.

M. *Téallier* pense que l'inflammation a une influence réelle sur la formation de la couenne; on l'observe dans le rhumatisme articulaire, la pleurésie, même la péritonite; plus dans les inflammations des séreuses que dans celles des parenchymes, au point que son existence pourrait faire présumer l'existence d'une phlegmasie séreuse.

M. *Nacquart* rapporte que chez un individu affecté de pneumonie une saignée fut faite; l'ouverture était petite, et le sang coulant goutte à goutte fut recueilli dans un vase particulier; il ne se forma pas de couenne. Une seconde saignée fut aussitôt pratiquée au moyen d'une large ouverture; le sang s'échappant en arcade fut recueilli dans un vase à part et se recouvrit d'une belle couenne inflammatoire. Ce phénomène, ajoute M. Nacquart, est dû à ce que, dans le cas de petite ouverture, le sang qui coule lentement se coagule à mesure et forme en quelque sorte des stalactites d'où ne peuvent plus se dégager les élémens de la couenne.

M. *Collineau* a remarqué que la couenne existe quand il y a fièvre, plénitude et accélération du pouls, et qu'elle a manqué au contraire quand la fièvre est nulle, le pouls faible et petit.

M. *Duparcque* a observé que dans l'inflammation des parenchymes le caillot est plus large, membraneux, plus compacte; la couenne partage ces propriétés.

M. *Latour* a observé que, dans une péricardite, qui pourtant manque de la sanction de l'autopsie, le pouls étant large d'abord la saignée donna une couenne mince, puis le pouls étant devenu serré, une autre saignée donna une couenne épaisse, ce qui contredit l'aperçu de M. Collineau.

M. *Delens* fait remarquer que le sang couenneux n'offrait, à l'analyse, aucune différence d'avec le sang qui ne l'est pas, la couenne doit être un effet purement physique. M. *Nacquart* objecte que les maladies n'exercent pas d'effet bien sensible sur la composition du sang : témoin l'analyse du sang des scorbutiques.

M. *Roche* cherchant à tirer des conclusions positives de cette discussion, admet que la couenne est un signe positif d'inflammation, ce qui est démontré par les expériences directes de MM. Ratier et Gendrin qui ont vu la couenne, non pas produite, mais seulement modifiée par les circonstances physiques. Elle est manifeste dans la pneumonie, la pleurésie, l'arthrite; elle se montre chez les femmes enceintes et les individus pléthoriques, parce que ces sujets sont dans un état d'imminence inflammatoire. M. *Collineau* la croit aussi produit d'inflammation, *lorsqu'elle existe*. M. *Chailly* observe qu'on la rencontre dans les affections adynamiques; MM. *Nacquart* et *Mérat* rappellent que ce fait fut remarqué par Corvisart, qui en concluait l'existence d'une phlegmasie dans les fièvres adynamiques, opinion que les travaux des modernes ont appuyée de l'observation cadavérique qui constate l'existence à peu près constante d'une phlegmasie dans l'une des trois grandes cavités.

Le secrétaire particulier, Forget,
Le secrétaire général, Nacquart.

SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL.

—

SÉANCE DU 3 JUILLET.

—

(Présidence de M. Paget.)

La société reçoit :

1° Le numéro du Journal de Pharmacie pour juillet :

2° Plusieurs numéros de la Gazette éclectique;

3° Le Bulletin de la Société industrielle de Mulhausen;

4° Une réclamation imprimée de M. d'Arcet, relative à un article inséré dans le Journal des Débats, et ayant rapport à l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire;

5° Un mémoire sur une loi de l'économie animale, par M. Virey;

6° Le prospectus du Bibliologue, nouveau journal d'histoire littéraire.

M. Bussy rend compte à la Société des séances de l'Institut. A ce sujet, M. Pelouze communique à la Société les résultats les plus saillans du mémoire qu'en commun avec M. Jules Gay-Lussac il vient de faire sur l'acide lactique.

M. Lodibert, rendant compte des séances de l'Académie royale de médecine, signale à la société le rapport fait par M. Lonchamps sur le gombo. C'est le fruit de la ketmie gombo, *hibiscus esculentus*, de la famille des malvacées. Cette plante, à cause de son fruit, est cultivée comme potagère dans l'Orient, l'Amérique du sud et les Antilles. Le gombo est un aliment mucilagineux, que l'on peut comparer au salep, et qui, s'il n'est pas très-savoureux, peut au moins être employé sans dangers et dans quelques circonstances avec avantage.

M. Vallet rend un compte favorable d'un mémoire de M. E. Herberger, sur l'eau minérale d'Ueberlingen.

M. Chereau fait un rapport sur la Gazette écletiquée.

M. Boullay communique à la Société quelques fragmens de la seconde partie de son mémoire sur l'emploi de la méthode de remplacement; comme moyen de dissolution appliqué à la préparation des médicamens. Il cite en particulier les préparations de quinquina, et il énumère les avantages qu'il a cru reconnaître à l'emploi de l'eau froide comme agent de dissolution. M. Soubeiran, tout en reconnaissant les avantages de la méthode de dissolution proposée par M. Boullay, et les avantages que les pharmaciens en retireront à l'avenir, ne peut partager l'opinion de M. Boullay, relativement à l'extraction des principes solubles du quinquina par l'eau froide. Il pense qu'elle est en contradiction avec les travaux qui ont été publiés sur le quinquina par M. Pelletier et par M. Henry, fils. Il rappelle que M. Pelletier a dit que l'extrait de Lagaraye fait par l'eau froide ne contenait qu'une faible proportion, de quinine ou de cinchonine à l'état de kinate; que M. Hen-

ry, fils, a reconnu que la plus grande partie des alcalis organiques du quinquina formait une combinaison naturelle peu soluble avec le rouge cinchonique. M. Soubeiran remarque que tant que l'expérience thérapeutique n'aura pas fait reconnaître l'inefficacité de cette dernière combinaison, on ne devra pas modifier les formules dans lesquelles le Codex prescrit la décoction du quinquina. M. Blondeau ajoute qu'après avoir épuisé le quinquina par l'eau froide, il a pu en retirer encore par décoction une forte proportion d'extrait, à la vérité sec et peu soluble.

M. Boullay fait observer que ce qu'il a avancé ne lui paraît pas en opposition avec les travaux publiés sur le quinquina. C'est un fait pharmaceutique et non un fait chimique. Il n'a pas prétendu parler des effets de la décoction sur cette écorce en général, mais bien dans les limites prescrites par les procédés du *Codex*. Il rappelle que la perte d'un quart du produit résultant de la quantité de liqueur qui reste dans la poudre après le traitement du quinquina par le procédé du *Codex*, perte qui s'évite par le mode de déplacement, suffirait seule pour justifier son opinion, même en admettant que la décoction enlevât plus de parties actives que le lavage à froid.

M. Boullay ajoute que le sirop de quinquina fait selon le *Codex* est un composé *bourbeux* et dégoûtant, qu'il n'a pas les caractères d'un sirop bien fait, devant avoir non-seulement la consistance qui lui est propre, mais encore être clair et transparent; il a fait prendre du sirop de quinquina à l'eau dans les meilleures pharmacies de Paris; partout il était clair, plus ou moins amer, et offrant plus souvent la saveur du quinquina jaune que celle du quinquina gris, et quelquefois du mélange de ces deux espèces. Tel que nous le préparons, dit-il, le sirop de quinquina est déjà très-actif dans les cas où l'on a coutume de l'employer pour des personnes délicates ou des enfans. Il n'est pas dit qu'il doive contenir le plus possible de quinine; il existe un sirop simple de quinine; et le sirop de quinquina au vin tel que nous l'avons modifié, offrira toute la force qu'on peut attendre de ce genre de médicament.

M. Bonastre lit un mémoire sur la manne de Briançon.

M. Dubail, au nom d'un droguiste de Lyon, communique une formule du liniment savonneux hydrosulfuré de Jadelot, dans laquelle il substitue le savon vert au savon blanc. Après une courte discussion, il est reconnu que cette nouvelle formule ne saurait être adoptée, puisque le savon mou de potasse est beaucoup plus caustique que le savon soude.

M. Bonastre présente à la société une échantillon d'huile d'ambrette (*hibiscus abelmoschus.*)

M. Dubail fait connaître une falsification de l'huile d'anis. Un individus s'est présenté dans plusieurs maisons de droguerie pour vendre de l'huile d'anis. Celle-ci, d'après l'analyse de M. Dubail, était un mélange de 5 parties d'essence d'anis, 10 parties de savon et de 85 parties d'alcohol à 34° à 35°; le tout était recouvert par une couche d'huile d'anis pur. Un droguiste a remis à M. Dubail de l'huile ainsi falsifiée qui lui avait été vendue en hiver; la proportion de savon avait été portée à 20 parties par la falsification, afin d'imiter la plus grande solidification que l'essence d'anis prend par le froid. M. Dubail rappelle à cette occasion la vente d'une essence de roses falsifiée qui s'est faite il y a quelque temps dans le commerce; c'était une dissolution de gélatine dont la surface était recouverte d'essence de roses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

SÉANCE DU 7 AOUT.

Vice-Présidence de M. Gaultier de Claubry.

On donne lecture du procès-verbal d'une séance qui aurait eu lieu le 17 juillet.

— M. Dubois d'Amiens, fait remarquer que cette séance devrait être considérée comme non avenue, puisque la plupart des membres étaient réunis dans le grand amphithéâtre de la faculté pour la discussion des articles de la société pour les secours mutuels, et que la compagnie n'a pu, en conséquence, poursuivre ses travaux à l'ordre du jour.

— La société ne donne pas suite à la réclamation de M. Dubois.

— La correspondance comprend, 1° une lettre de M. Fallot de Namur, accompagnée de quelques observations médicales; 2° une brochure de M. Dussaulx sur le choléra épidémique de Mantes (M. Vassal est nommé rapporteur); 3° une lettre de M. Rognetta, docteur de la faculté de Naples, qui envoie la liste de ses productions et demande à faire partie de la société (MM. Bricheteau et Voisin sont nommés commissaires sur la récusation de M. Vidal de Cassis; 4° un bulletin médical de la société royale de médecine de Bordeaux (M. Ledain fera un rapport verbal à ce sujet).

— M. Vassal obtient ensuite la parole, il expose ce qui s'est passé de scientifique dans les dernières séances de l'académie royale de médecine.

— M. Donné résume les derniers travaux de l'académie des sciences, et spécialement ce qui a trait à la question des quarantaines, et à certains résultats de statistique. Le cas de monstruosité observé par M. Scoutetten est discuté.

M. Dubois, d'Amiens, demande la parole à cette occasion; il a été étonné, dit-il, de voir un médecin, à M. Scoutetten, demander une académie des sciences si un être privé de tous les organes encéphaliques, de la moelle alongée et d'une partie de la moelle épinière, a ou n'a pas une ame, une intelligence. Il n'y a pas d'individualité chez cet être, dit M. Dubois, il n'y a pas de *moi*, c'est la partie d'un individu qui a été arrêté dans sa formation; c'est une partie greffée en quelque sorte sur un autre individu qui lui soit normalement développé. M. Donné répond qu'à la vérité, chez cet acéphale, il ne paraît pas y avoir de perception individuelle des sensations qu'on cherche à exciter en lui; mais qu'il y a émission des urines à des intervalles assez longs; il fait remarquer en même temps

que chez les individus pris de délire il y a presque toujours rétention des urines.

M. Vidal de Cassis trouve l'émission des urines assez explicable chez cet acéphale, 1° parce que l'appareil urinaire reçoit la plupart de ses nerfs du grand sympathique : partie du système nerveux qui peut être intacte dans le cas cité; 2° à cause de la conformation et de la position de la vessie, chez les très-jeunes enfans : ces dispositions sont telles, dit M. Vidal, qu'il suffit de la cause la plus légère pour provoquer et effectuer l'émission des urines.

— M. Dubois, d'Amiens, ajoute à cela qu'il ne faut pas inférer de ce qui se passe chez l'adulte, la nécessité des mêmes conditions dans les premiers temps de l'existence, que les fonctions sont alors beaucoup plus indépendantes, tandis que plus tard rien ne peut être dissocié dans l'organisme. En résumé, M. Dubois n'a vu chez cet acéphale ni des actes dépendant d'une intelligence, ni des actes instinctifs; il n'a vu que *l'automatisme*.

— M. L'équyer, médecin à Saint-Brieux, membre correspondant de la société, donne lecture de quelques passages d'une brochure qu'il vient de publier sur certains remèdes secrets, et particulièrement sur l'eau anticholérique de la Roquette.

— M. Voisin a la parole pour un rapport sur un thèse de M. Pélassy des Fayoles, ayant pour titre : Nouvelles questions de médecine légale :

— On procède à l'élection de M. Lepelletier, de la Sarthe. Ce médecin est élu à l'unanimité membre résident de la société.

— On procède ensuite à la réélection des membres de la commission du bulletin. M. Dubois, d'Amiens, obtient 8 voix. Raige-Delerme 8, M. Donné 8, Guillemot 7. Ces quatre membres devraient faire partie de la commission mais, sur la récusation de M. Dubois, on proclame M. Velpeau, qui a obtenu le plus de voix par suite du même scrutin.

— M. Donné développe ensuite la proposition de réunir la société le mercredi de chaque semaine. Cette proposition est adoptée sous une nouvelle forme; c'est-à-dire que M. le président a la faculté, pendant trois mois, de provoquer des réunions extraordinaires une fois dans chaque semaine, intercalaires aux réunions habituelles.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

Mémoire sur un cas de trachéotomie pratiquée avec succès dans la période extrême du croup, par M. A. Trousseau. 1

De la charpie et du coton, par M. Mathias Mayor. 4

Lettre sur un cas de lithotripsie pratiqué en 1800; par le baron Alibert. 5

De l'arthrite spontanée aiguë (Rhumatisme articulaire aigu); par M. Piorry. 6

Note sur les effets du boulet et sur ceux qu'on a attribués au vent produit par ce projectile, par M. Pelletan. 7

(Voy. Encycl. tom. d'août. lettr. K.)

Pharmacie. — Note sur les préparations de salsepareille, par M. Caventou. 9

Observations d'hydropisie et de gangrène consécutives à l'usage de mauvaises pommes des terre.—Dr Neilson: Sortie de vers de différentes parties du corps. 10

Dr J. Davy. Expériences sur l'eau Binelli.—Dr T. R. Cooper: Emploi du carbonate de fer contre le tic douloureux. 23

Fécondité extraordinaire. 24

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

Histoire médico-chirurgicale de la maladie produite par la chique (insecte parasite très connu dans les contrées méridionales de l'Amérique); par M. Labat. 97

De la rhinoplastie (5e article). Observation d'une rhinoplastie pratiquée dans un cas d'absence complète du nez; par M. Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié. 100

Exposé des principes de la doctrine homœopathique; par M. Jauger, docteur en médecine de Paris. 104

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Sur la camomille, par le Dr Peschier. 31

Thérapeutique, maladies fébriles (3me article); par le Dr Guérard. 38

Observation d'affection typhoïde compliquée. 45

Sur les rapports de l'homœopathie avec les méthodes qui l'ont précédée, et sur ce qu'il faut entendre par médecine rationnelle. 46

Maladies fébriles. 48

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

P. Guillemot, D. M. — Recherches sur l'évolution spontanée du fœtus. 207

J. T. Mondière, D. M. — Notes sur quelques maladies de l'œsophage. 212

Joret, D. M. — Recherches thérapeutiques sur l'emploi du crotintiglium. 218

Médecine étrangère. — Marshall Hall. — Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang. (IIe article.) 221

— M. Graves. — Ulcérations syphilitiques de l'avant-bras. 231

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Clinique chirurg. de Montpellier (service de M. le prof. Lallemant). 161

Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par M. Brachet. 168

Cancer de l'œsophage, communiquant avec le poumon; par M. Grisolle. 171

Rétrécissement organique du rectum; par M. Camus. 173

F. TRANSACTIONS MÉDICALES.

Observation d'un fœtus cyclope, suivie de considérations sur le *nisus-formativus*; par M. Lacroix. 125
De la gastro-entérite chronique chez les Nègres, vulgairement appelée *mal-d'estomac* ou *mal cœur*; par M. Ségond. 129
Mémoire sur l'acide oxalique; par J. Cledinning. 131
Revue des Journaux Italiens. — Phonospasmie. 133
Mémoire sur la sciatique nerveuse. *ib.*

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Note sur un cas de surabondance insolite (13 onces) de liquide céphalo-spinal, constatée chez l'homme; par M. Montault. 201
Hospice de Bicêtre (service de M. Rochoux). — Observations d'hémiplégie; M. par Charellay Laplace. 202
Mémoire sur la pneumonie lobulaire; par M. Burnet. (2e article.) 205
Resections du maxillaire inférieur; communiqué par M. Vidal (de Cassis). Voy. Encycl., tom. XIII, lett. J. N° 103. 207
Considérations nouvelles sur le sègle ergoté. Par A. Lalesque. 209
Considérations générales sur l'affection typhoïde; par J. Pelletan. 211
Considérations sur les altérations du sang dans les maladies; par L.-Ch. Roche. 215
Observation de fièvre intermittente au summum d'intensité; par M. Pascal. 221

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Tumeur syphilitique de la lèvre inférieure; prise pour une tumeur cancéreuse; guérison parfaite obtenue par un traitement anti-vénérien. 37
Angines couenneuses traitées par des injections d'eau tiède.—Rupture d'un kyste séreux dans l'intestin.—Hydrophobie; considération sur son siége et son traitement préservatif. 38
Observations d'une hernie ombilicale radicalement guérie par le séjour au lit. 39
Succès inespéré de l'emploi d'un vomitif dans un cas de suffocation imminente, à la suite d'une hémoptysie supprimée subitement. 40

I. GAZETTE MÉDICALE.

Mémoire sur le cathétérisme explorateur; par M. Leroy d'Etiolles. 424
Variétés. — Sur l'ophthalmie nerveuse. 427
Sur l'emploi de la salicine dans le traitement des fièvres intermittentes 428
Mémoire sur le cathétérisme explorateur; par M. Leroy d'Etiolles. (Suite). 431
Recherches sur l'anasarque idiopathique et son traitement; par M. Genest. 435
Essais sur les avantages de la méthode naturelle; par le Dr Paget. 438
Recherches sur la statistique de l'armée. *ibid.*
Observations sur le traitement de l'iritis; par M. W. Riggs. 439
Dilatation extraordinaire avec hypertrophie de toute la portion thoracique de l'œsophage, déterminant la dysphagie; par M. Hannay. 441
Expériences sur la sensibilité de la peau; par M. Weber. *ibid.*
Sur la céphalalgie chez les jeunes femmes; par M. Graves. 442
Note sur des vers sortant de différentes parties du corps; par M. Neilson. 443
Hernie à travers le trou obturateur. 444
Luxation de l'humérus en arrière. *ibid.*
Analyse du sérum du sang; par M. Brett. *ibid.*
Observation d'acéphalie complète; par M. J. Bedingfield 445
Rhumatisme guéri par l'aimant. 446
Sur l'anasarque idiopathique et son traitement. 447
Restauration de la vision dans les cas de stachylome et d'opacité incurable de la cornée. 452
Hôpital de la Pitié. Clinique de M. Lisfranc Maladies de l'utérus. 455
De la périostite; par le Dr Graves. 459
De la fissure à l'anus; par M. Gossement. 462

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Hôpital des Enfans (M. Guersent). Affections cérébrales. 311
Hôpital St.-Antoine (M. Bérard). Maladies de yeux. 314
Hôpital de Versailles (M. Paradis). Emphisème de tout le tissu cellulaire. 315

Andral. Leçon sur les Convulsions. 316
Hôpital Necker (M. Bricheteau). Pleurésie latente. 317
Hôpital des Enfans (M. Guersent). Rougeoles. 318
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Tumeur graisseuse extérieure au péritoine; Réduction; guérison. 319
Hôpital St-Antoine (M. Bérard). Maladies des yeux. 321
Hôpital St-Louis (M. Biett). Hydatides du foie. 323
Hôpital de la Pitié (M. Louis). Tubercules pulmonaires. 324
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Lésion de l'artère radiale par un coup de serpelté. 326
Hôtet-Dieu d'Aix (M. Goyrand). Vaste cancer de la face. 328
Hôpital des Enfans (M. Baudelocque). Bains sulfureux dans la chorée. 331
Hôtel-Dieu de Marseille (M. Martin). Résection de la mâchoire inférieure. 332
Hospice de la Maternité (M. Dubois). Observations d'Embryotomie. 333
Observations d'Erysipèle; par le Dr Perdrix. 334
Hôpital de Versailles (M. Paradis). Plaie pénétrante de l'œil gauche. 335
Hôpital St-Antoine (M. Bérard). Maladies des yeux. 336
Hôtel-Dieu (M. Chomel). Fièvres intermittentes. 337
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Vices de conformation des os propres du nez. 339

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Rapport sur la vente de la chair provenant des animaux morts de maladies; par M. Huzard. 130
Oxides de plomb et de cuivre dans une andouille, par MM. Girardin et Barruel. 131
De l'influence des saisons sur la mortalité à différens âges; par M. Lombard. 132
De l'instruction des faits de médecine légale devant le jury, de son insuffisance, de ses dangers et de sa réforme; par M. Collard de Martyny. 140
Suspicion d'empoisonnement par un acide minéral; par MM. Orfila et Barruel. 142

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Philosophie de l'expérimentation en matière médicale, par M. Sandras. 183
— Recherches sur le traitement de la pneumonie des enfans, faites à l'hôpital des Enfans malades de Paris, par M. le docteur Constant 186
— De l'abaissement des cataractes molles et membraneuses, ainsi que de celles qui sont adhérentes à l'iris, par M. Carron du Villards. 188
— De l'emploi des lotions ioduro-sulfureuses (dartre croûteuse flavescente); par M. A. Dauvergne, interne à l'hôpital Saint-Louis. 191
— Note sur l'emploi pharmacologique de la racine de Ratanhia; par M. Soubeiran. 192
— L'inoculation du virus vaccin peut produire quelquefois la varioloïde, par M. J. Ferrier, chirurgien du lazaret de Trompeloup (Gironde). 193
— Sur la préparation des lavemens amylacés; par M. Tanchou, D. M. P. 194
— Hernie inguinale étranglée, guérie par l'application de l'extrait de belladone; par M. J. Neulier, médecin à Luçon (Vendée). 194
— Formule d'un cérat de laurier-cerise; par M. le docteur Roturier. *ibid.*
— Considérations générales sur les indications curatives, par M. Bousquet. 195
— Des pneumonies et des rougeoles régnantes en ce moment à Paris. 196
— Considérations sur le traitement de la scarlatine et de ses variétés, par M. Sabatier. 197
— Considérations pratiques sur quelques espèces de polypes de l'utérus, et sur leur ablation. 200
— De l'emploi du styrax dans le traitement des dartres rongeantes à l'hôpital Saint-Louis, par M. Dauvergne. 202
— Les fractures communitives peuvent être traitées et guéries sans l'amputation des membres, par M. Rollande, D. M., à Chateau-Renard (Bouches-du-Rhône).

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Premières applications de la méthode de déplacement, en prenant pour type le quinquina, etc. Mémoire faisant suite à celui sur le *filtre-presse* de M. Réal; par MM. Boullay père et fils. 91
Note sur la composition de l'acide subérique; par M. A. Gussy. 100
De l'arrow-root, de ses variétés dans le commerce, de sa falsification et des moyens de la reconnaître; par J.-M. Stonly-Walsch. (*Extrait.*) 102

IV. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Recherches sur l'acide lactique; par MM. Gay-Lussac fils et Pelouze. 59
Analyse de l'atropine; par M. J. Liebig. 60
Application de la polarisation circulaire à l'analyse de la végétation des graminées; par M. Biot. 61
Conclusion des observations sur l'absorption du gaz azote par les végétaux; par M. Vaudin. 63
De la dépuration des gommes-résines et de la préparation de l'emplâtre diachylon-gommé; par M. E. Mouchon fils. 67
Correspondance. — Lettre de M. Leroy, relative à des recherches sur des réactions chimiques publiées par M. Pelouze. 71
Observations sur la lettre de M. Leroy, par M. Pelouze. 72

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.